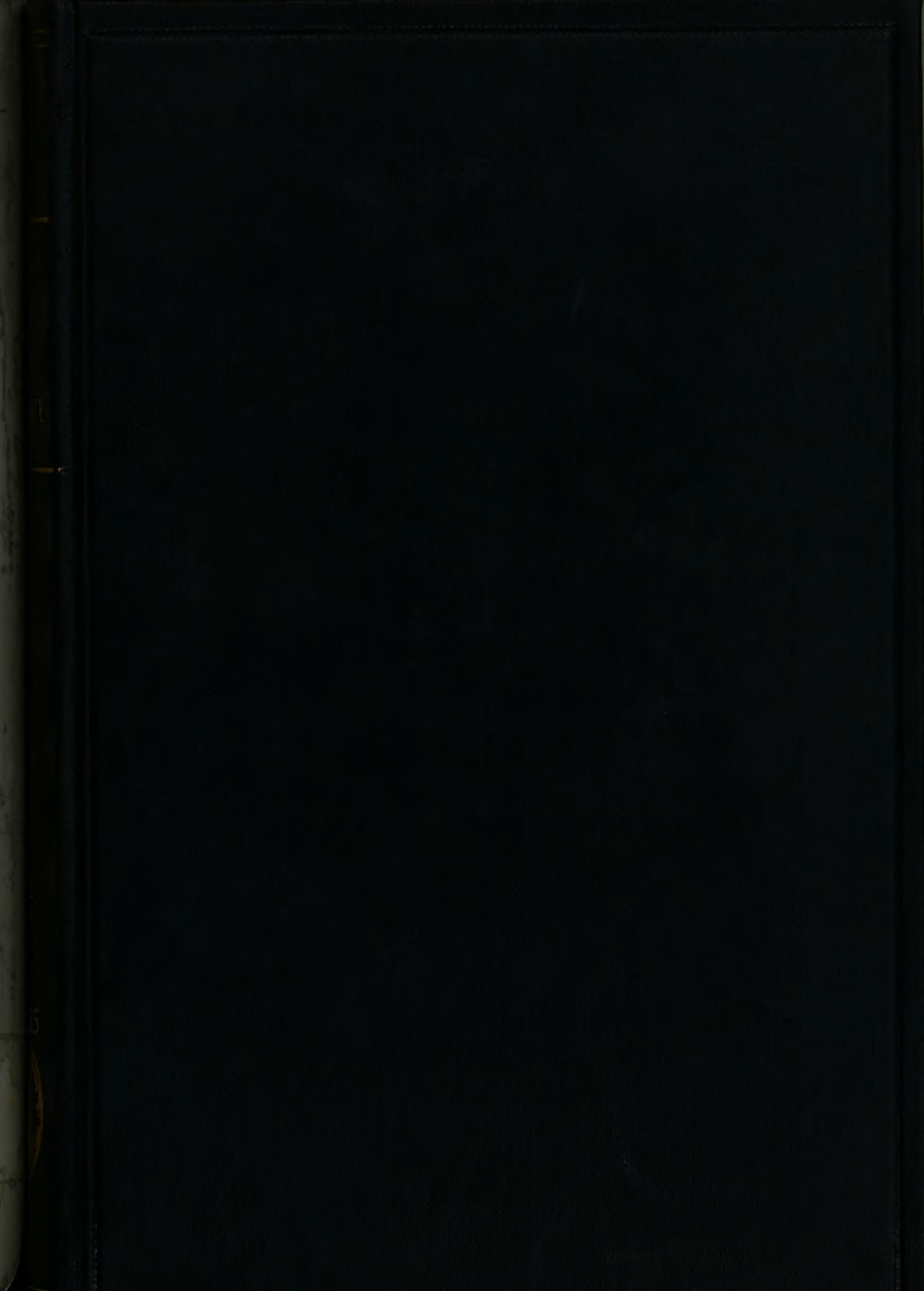





Digitized by Google

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London) **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Einundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1905.)

Berlin, 1905.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

35 vols.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. **Berlin, Januar.** **1905. No. 1.**

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1903.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	48	171	84	40	72	25	8	448
Deutschland	50	108	48	8	65	12	10	301
Grossbritannien und Colonien	15	78	45	5	82	2	13	240
Frankreich	20	50	47	17	36	13	10	193
Oesterreich-Ungarn	14	66	24	7	57	6	10	184
Belgien und Holland . . .	8	36	18	12	25	2	2	103
Italien	10	39	17	4	22	—	—	92
Spanien	5	4	11	—	18	—	3	41
Russland	9	4	8	4	8	1	4	38
Skandinavien	4	10	3	3	9	—	3	32
Polen	1	9	4	4	13	—	3	34
Schweiz	2	2	1	2	2	1	2	12
Zusammen	186	577	310	106	409	62	68	1718

Die Einzelheiten obiger statistischer Zusammenstellung entsprechen in ganz auffallender Weise denen des Vorjahres und die Gesammtzahl der besprochenen Arbeiten ist fast genau die gleiche: 1717 im Jahre 1902, 1718 im Jahre 1903.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente.

1) **Spira. Bericht über die Thätigkeit des rhino-otriatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau vom 1. Januar bis 31. December 1903.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1904.*

Mit Uebergehung des statistischen Theiles kann hier nur über einzelne interessante Fälle berichtet werden. Bei einem 23jährigen Mädchen kam es 10 Tage nach der Conchotomie zu solch starker Blutung, dass die Belloc'sche Tamponade gemacht werden musste, sie hatte aber eine Otitis media zur Folge. — Eine hartnäckige Epistaxis bei einem 19jährigen Kellner am Locus Kiesselbachii konnte nur nach Application 50proc. Chlorzinklösung gestillt werden. Günstige Erfolge berichtet Spira über das Adrenalin.

SCHECH.

2) **Strubell. Statistik und Erfahrungen des Jahres 1903.** *Mon. f. Ohrenheilkunde. No. 4. 1904.*

Derselben liegt das Material der Dresdener Staatspoliklinik zu Grunde; es umfasst 334 Patienten, wobei die Weiber überwiegen. Selten ist in Dresden die Ozaena, was Verf. mit dem geringen Staube und Russ in Verbindung bringen möchte; auch Nebenhöhlenerkrankungen sind selten. Ein schwerer Missstand der Dresdener Poliklinik ist der gänzliche Mangel an Betten, was nebenbei bemerkt auch an der staatlichen Poliklinik des Ref. der Fall ist, weshalb grössere Operationen an der Poliklinik nicht ausgeführt werden können.

Mit Yohimbin erzielte Strubell bei kleineren Operationen genügende Anästhesie. Gute Erfolge bei Nasenaffectionen wurden mit Euguform erzielt.

SCHECH.

3) **Fieber** (Ischl). **Erfahrungen mit Bulling's Inhalationsapparaten.** *Wien. med. Wochenschr. No. 30. 1904.*

Zur Inhalation wurden die ätherischen Coniferenöle im Verhältniss von ca. 30 Tropfen auf je 0,75 l Flüssigkeit, ferner 1—2 proc. Jodnatrium, Tannin und Creosotlösungen, sowie Soole verwendet und damit gute Erfolge bei chronischen Katarrhen der oberen Luftwege erzielt.

CHIARI.

4) **v. Seiller** (Wien). **Zur Inhalationstherapie.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 43. 1904.*

Bei acuter und chronischer Bronchitis, insbesondere der sicca, bei Bronchialasthma und acuter Laryngitis konnte der Autor durch medicamentöse Inhalationen mit dem Thermovariator Bulling's sehr gute Erfolge erzielen, sodass eine interne Medication entbehrlich wurde. Jod konnte bis über zwei Stunden nach erfolgter Inhalation im geballten Sputum nachgewiesen werden, wobei Mund- und Rachenhöhle vorher durch Spülungen vom Jod befreit war.

CHIARI-HANSZEL.

5) **Ivan Toluiewski** (London). **Die Anwendung überhitzter Luft und fein vertheilten comprimirten Dampfes bei der Behandlung von Krankheiten des Respirationstracts. (The use of superheated air and comminuted compressed vapor in the treatment of affections of the respiratory tract.)** *Monographie. London 1904.*

Verf. beschäftigt sich seit einigen Jahren mit den in verschiedenen Ländern üblichen Behandlungsmethoden der Lungentuberculose. Er hat gefunden, dass die üblichen Methoden, wie Freiluftbehandlung etc. in ihrer Wirkung gesteigert werden können durch die Anwendung fein vertheilter antiseptischer Dämpfe, und er hat einen Apparat für diesen Zweck angegeben, den er detaillirt beschreibt. Er hat desgleichen Untersuchungen über den Wert der überhitzten Luft für ähnliche Zwecke angestellt und hat einen auf electrischem Wege heizbaren Apparat construirt, mittels dessen die Anwendung der Inhalation zu reguliren ist, dessen Resultate aber noch unvollkommen sind. JAMES DONELAN.

6) **Gellhaus. Ueber Menthol-Einathmungen bei Nasen- und Kehlkopfkatarrh.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1904.*

G. construirte einen Menthol-Inhalationsapparat, bestehend aus zwei kleinen tulpenartigen Hülsen, die mit einem Falz übereinander greifen; in die eine dieser Hülsen ist ein längeres gebogenes Rohr eingelassen, wogegen die zweite Hülse mit einem kürzeren geraden, am Ende knopfförmigen Röhrchen montirt ist; die beiden Hülsen umfassen lose einen Mentholstift; beim Gebrauche wird das gebogene Ende so weit wie möglich in den Mund eingeführt und so inhalirt. G. empfiehlt die Methode bei Nasen- und Kehlkopfkatarrh, tubercul. Larynxgeschwüren, Schnupfen, besonders jenem der Säuglinge. SCHECH.

7) **Kutvirl** (Prag). **Die balneologische Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege.** *Lekarskych pozhledu roc. XII. 4, 5, 6.*

Bekanntes über den Einfluss der Inhalationstherapie, des Klimas, sowie über die Behandlung in verschiedenen Badeorten. CHIARI.

8) **Kapralik** und **H. v. Schrötter** (Wien). **Erfahrungen über die Wirkung der Einführung von Tuberculin im Wege des Respirationsapparates.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1904.*

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden unter Anderem in folgenden Satzen zusammengefasst:

1. Die Koch'sche Reaction kann im Wege der Inhalation hervorgerufen werden.

2. Die Erscheinungen nach Inhalation von Tuberculin sind dieselben wie nach Injection.

3. Bei Anwendung des Bulling'schen Thermovariators beträgt die zur Erzielung einer Reaction erforderliche Menge bei activer Tuberculose ca. 30 mg. Bei inactiver oder latenter Tuberculose der Lungen, sowie bei solchen, wo tuberculöse Depots an anderen Körperstellen bestehen und bei nicht Tuberculösen beträgt die Menge ca. 250 mg.



Das Verfahren erleichtert auch die Frühdiagnose der Lungentuberculose, lässt den Gang der kapillären Infection erkennen und würde sich auch zur Controle therapeutischer Erfolge verwerthen. Die Verf. regen zu Versuchen an, wie das Diphtherietoxin im Inhalationswege wirkt.

CHIARI.

9) **Rosenberg** (Berlin). **Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextract.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. 1903.*

Verf. lässt die Frage offen, ob die Urticaria, die zwei Mal nach Einlegen eines mit Nebennierenextract getränkten Wattebäuschchens in den mittleren Nasengang bei einem jungen Mädchen auftrat, medicamentöser Art sei, oder durch Reizung des Olfactorius — Patientin hatte bei der Application eine Geruchsempfindung — reflectorisch ausgelöst wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

10) **B. Müller** (Hamburg). **Ueber die Anämisirung mit Adrenalin.** *Wien. klin. therap. Wochenschr. No. 21. 1904.*

M. fand, dass zur Anämisirung von Haut, Fett und Musculatur am besten die Lösung 1 : 5000 und 1 : 10000 zu verwenden ist und dass die Zeit, bis die Anämisirung eine vollkommene ist, bei Haut, Fett und Musculatur mit der Lösung 1 : 1000 und 1 : 2000 ca. 30 Secunden, bei Lösung 1 : 5000 und 1 : 10000 jedoch 3—5 Minuten beträgt. Die Wirkung des Adrenalin betrifft die kapillaren und die kleinen Gefässe und bringt diese zum vollständigen Verschluss, grössere nur zur Verengerung. Adrenalinlösung mit Chloretonzusatz wirkt stark reizend. Am besten ist es, die Lösung vor dem Gebrauche selbst zu bereiten. Die officielle Adrenalinlösung steht in Bezug auf präcisen Eintritt der Wirkung der Suprareninlösung nach, während die reine Adrenalinlösung (ohne Chloreton) der Suprareninlösung an Wirkung gleichkommt.

CHIARI-HANSZEL.

11) **Giovanni Dotti. Das Adrenalin in der Laryngologie. (L'adrenalina in laringologia.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. Juni 1904.*

Bericht über eine unter Anwendung von Cocain-Adrenalingemisch endolaryngeal ohne Blutung operirten dunkelroten glatten Tumors der Stimmlippe.

FINDER.

12) **J. Jehard. Behandlung des Krebses der oberen Luftwege mittels localer Anwendung von Adrenalin. (Traitement du cancer des premières voies respiratoires par l'adrénalin en application locale.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Nach einer Uebersicht über die therapeutischen Anwendungsweisen des Adrenalin bespricht Verf. die Behandlung des Carcinoms mittels Adrenalinapplication, die mit nur frisch zubereiteter 1 promilliger Lösung alle zwei bis drei Tage zu geschehen hat. Er bringt 17 Beobachtungen bei, aus denen hervorgeht, dass die angewandte Therapie die Blutungen, das Aussehen der Ulcerationen günstig beeinflusste, die Schmerzen linderte und den Allgemeinzustand besserte.

A. CARTAZ.

13) **Heinatz. Beobachtungen über Adrenalin-Cocainanästhesie. (Nabljudenije nad adr.-kokainowoi anestesi.)** *Wratsch. Gaz. No. 3. 1904.*

H. ist ein warmer Fürsprecher erwähnter Anästhesie. Er stimmt nicht

Braun bei, welcher die verstärkend anästhesirende Wirkung des Adrenalins in der Herabsetzung der Lebensthätigkeit des Gewebes sieht, sondern lässt sie von der Zusammenziehung der Gefässe abhängen. P. HELLAT.

14) **Pouchat. Ueber das Stovain. (Sur la stovaine.)** *Académie de médecine. 12. Juli 1904.*

P. hat Experimente an Thieren vorgenommen. Das Stovain ist ein locales Anästheticum mit schwacher Toxicität. Die Intoxication äussert sich in 2 Formen: Die allgemeine Analgesie und die allgemeine Hyperästhesie. Die erstere ist selten tödtlich, die zweite führte constant zum Tode des Versuchsthieres. Das Stovain entfaltet seine Giftwirkung auf das Nervensystem. PAUL RAUGÉ.

15) **Huchard** (Paris). **Analgesirende Wirkung des Stovain. (Action analgésiante de la stovaine.)** *Académie de médecine. 12. Juli 1904.*

Verf. hat das Stovain zu subcutanen, interstitiellen und epiduralen Injectionen benutzt; bei der ersten Anwendungsform fehlte die analgesirende Wirkung, bei den beiden anderen war sie vorhanden. Nebenwirkungen waren nicht zu constatiren. PAUL RAUGÉ.

16) **Mulert. Zur Verbesserung des elektrischen Lichtes für ärztliche Untersuchungszwecke.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1904.*

M. empfiehlt, die Glasbirnen in der nöthigen Ausdehnung mit spiegelndem Belag zu versehen oder bis auf einen aus gewöhnlichem Glas bestehenden Kreis, im übrigen aus Milchglas herstellen zu lassen. Bei der Nernstlampe kommt ihre Oeconomie namentlich bei den höheren Stromspannungen über 200 Volt zur Geltung, auch soll ihre Lebensdauer eine erheblich längere sein; dagegen schädigen Wechselströme von 118 Volt die Nernstlampe in kurzer Zeit so, dass eine häufige Erneuerung desselben nötig, also keine Ersparnis erzielt wird. SCHECH.

17) **Trautmann. Eine neue Modification des Reflectors.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 29. 1904.*

Behufs Erleichterung des binocularen Sehens brachte T. am Reflector einen seitlichen, genügend grossen Ausschnitt an; der Reflector kann mit Hülfe eines oben und unten auf der Rückseite angebrachten Kugellagers auf beiden Augen gebraucht werden. — Der Reflector ist zu haben bei Retsch, München.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Notiz des Herausgebers. Paraffininjection. (Paraffine injections.)** *Journal of Medicine and Sciences. November 1903.*

Vf. weist auf die den Paraffininjectionen eventuell anhaftenden Gefahren hin.

EMIL MAYER.

19) **Arthur G. Root. Ein Fall von subcutaner Paraffininjection zur Correction einer Nasendeformität. (A case of subcutaneous injection of paraffin in the correction of nasal deformity.)** *Albany Medical Annals. Januar 1904.*

Nichts besonderes. EMIL MAYER.



20) Lagarde. **Neue Technik und Instrument für Paraffininjectionen. (Technique et instrumentation pour les injections de paraffine.)** *Soc. de méd. de Paris. 12. März 1904.*

Verf. zeigt ein neues Modell für eine Paraffinspritze vor für hartes Paraffin, das jede Gefahr der Embolie sowie das Herausdrängen der injicirten Masse über den gewünschten Punkt hinaus oder das Diffundiren derselben unmöglich macht. Die Construction der Spritze gestattet, das Paraffin ganz langsam unter die Haut dringen zu lassen. Um das Hartwerden des Paraffins nach der Einspritzung zu beschleunigen, spritzt man nachher Aethylchlorid auf die Haut. A. CARTAZ.

21) Lagarde. **Beobachtung eines Tumors infolge einer schlecht ausgeführten Paraffininjection. (Observation d'une tumeur consécutive à une injection de paraffine mal faite.)** *Soc. de méd. de Paris. 16. April 1904.*

Der Patient hatte durch einen Sturz vom Pferde im Jahre 1899 eine Fractur des Nasenknochens, der Scheidewand und des Stirnbeins davongetragen. Man hatte versucht, eine daraus resultirende schwere Entstellung durch eine plastische Operation zu corrigiren, hatte aber damit keine guten Resultate erzielt. Im Jahre 1902 sah Verf. den Patienten und riet zu einer Paraffininjection. Patient erschien erst wieder nach zwei Jahren und zeigte jetzt an Stelle der früheren Depression zwei Tumoren, die infolge schlecht ausgeführter Paraffininjectionen entstanden waren. Mit Hülfe der Curette wurden diese Tumoren entfernt.

A. CARTAZ.

22) R. Botey (Barcelona). **Die Injectionen von Paraffin bei Rhinitis atrophica und den äusseren Missbildungen der Nase. (Las injecciones de parafina en la rinitis atrófica y en las deformaciones nasales externas.)** *Archiv. Latin. de Rinolog., Laringolog. etc. No. 127. 1904.*

Eingehende Studie über die Geschichte der Injection von Paraffin mit Anwendungstechnik nach eigenen in der Klinik des Verf. gemachten Beobachtungen. Die Arbeit wird in der folgenden Nummer des Archivs beendet. AUTOREFERAT.

23) Stephen Paget (London). **Die Anwendung von Paraffin in der plastischen Chirurgie. (The use of paraffin in plastic surgery.)** *British Med. Journal. 12. October 1904.*

Verf. behandelt ziemlich ausführlich die Anwendung der Paraffininjectionen bei Nasendeformitäten. Drei Dinge müssen dabei seiner Ansicht nach im Auge behalten werden: 1. die Auswahl der Fälle, 2. die Regeln für die Ausführung der Injection und 3. die allgemeinen Resultate. Für die Auswahl der Fälle ist es sehr wichtig, dass die Haut in einer Falte aufgehoben werden kann. Ist diese hart und rigid, so kann sie nur schwer durch Paraffin gehoben werden. Sind Adhäsionen und Stränge vorhanden, so ist das Verfahren kaum anwendbar. Die ungünstigsten Fälle sind diejenigen, welche eine Folge von tertiärer Syphilis mit Nekrose darstellen. Verf. giebt dann eine Beschreibung der Technik, die sich nicht von der allgemein geübten unterscheidet. Während die Nase nach vollbrachter Injection geformt wird, soll ein Assistent sie mit kaltem Wasser und nicht — wie Stein empfohlen hat — mit Aethylchlorid abkühlen. Man soll nie mehr als 1 ccm in-

jiciren; an zu grosse Deformitäten soll man nicht herangehen. Wenn diese Regeln befolgt werden, so hält Verf. die Gefahr der Embolie, sowie die andern Gefahren, wie Gangrän etc. für ausgeschlossen. Er hat das Verfahren in 70 Fällen ohne jeden ungünstigen Ausgang ausgeführt. In einigen Fällen mit Rigidität der Haut erzielte er kein Resultat und in einigen musste er ein Paraffinknötchen, das sich gebildet hatte, entfernen. In zwei eigenen Fällen und in zwei Fällen anderer Operateure war nach der Injection infolge chronischer Entzündung Verdickung der Gewebe eingetreten, die in drei der Fälle die Entfernung des Paraffins erforderten. Verf. führt diesen Misserfolg auf die Anwendung des Eckstein'schen Paraffins mit hohem Schmelzpunkt zurück.

JAMES DONELAN.

24) **Frans Tórne** (Schweden). **Studien über die bakteriellen Verhältnisse der Nasennebenhöhlen und über ihre Schutzmittel gegen Bakterien.** *Nord. medic. Arkiv. Afd. I (Kirurgi). Häft 1. No. 2. 1904.*

Der Verf. dieser sehr fleissigen und umfangreichen Arbeit, deren Studium wärmstens empfohlen wird, hat seine Untersuchungen an 8 frisch geschlachteten Kälbern und 52 frischen Menschenleichen gemacht.

Bei 2 von den 8 Kalbsköpfen war es zu befürchten, dass die Kieferhöhlen bei den Manipulationen von aussen inficirt waren. Bei den als einwandsfrei zu bezeichnenden 6 Kalbsköpfen liessen sich in den Nebenhöhlen weder durch direktes Mikroskopiren noch durch Culturen Bacterien nachweisen.

An Menschenmaterial haben dem Verf. 52 Leichen zur Verfügung gestanden. Unter diesen hatten nur 36 völlig normale Kiefer- und Stirnhöhlen aufzuweisen, in den übrigen 16 Fällen zeigten eine oder mehrere der untersuchten Nebenhöhlen Veränderungen, entweder in Bezug auf den Inhalt oder auf die Beschaffenheit ihrer Schleimhaut.

A. Normale Nasennebenhöhlen. Unter den 36 normalen Fällen waren bei 29 Leichen sämmtliche Sinus maxillares und frontales von Bacterien frei. Werden diese normalen Fälle nach der zwischen dem Eintreten des Todes und der Untersuchung verflossenen Zeit geordnet, so ergiebt sich, dass in allen Fällen (22), wo die Untersuchung innerhalb eines Zeitraumes von 2 Stunden bis höchstens 2 Stunden 20 Minuten nach dem Eintreten des Todes stattgefunden hatte, die Sinus maxillares und frontales steril waren, dass dagegen von den übrigen 14 Leichen, die in Zeitabschnitten von 3 Stunden bis 25 Stunden nach dem Tode untersucht waren, sich die Hälfte in Bezug auf die betreffenden Höhlen als bacterienfrei erwies, während die andere Hälfte Bacterien zeigte. Daraus schliesst der Verf., dass die Sinus maxillares und frontales beim lebenden Menschen normalerweise bacterienfrei sind und dass die Einwanderung der Bacterien in der Regel erst einige Stunden nach dem Tode stattfindet.

B. 26 pathologische Nebenhöhlen wurden bacteriologisch untersucht. Davon waren 11 (1—3 St. post mortem untersucht) katarrhalisch verändert; unter diesen waren 9 steril, in 2 Fällen wurden in jedem nur eine Bacterienart nachgewiesen und zwar das Bacterium sputigenum (Migula) und Micrococcus aureus. In 12 chronischen purulenten Sinusiten wurde angetroffen: Streptokokken, Micrococc. aureus, M. pyogen., M. pseudocatarrhalis n. sp.?, M. tarde liquans n. sp., Bacill.

vulg., B. coli, Bact. pneumonicum, Bacillus mellodorifer n. sp. In drei acuten purulenten Sinusiten (1 St. 15 Min. p. m. untersucht) wurden in allen Fällen Bact. pneumoniae, in einem ausserdem Microc. aureus gefunden.

In der II. Abtheilung der Arbeit sind experimentelle Untersuchungen über Richtung und Wirkungsweise der Flimmerbewegung in den Sinus maxillares mitgetheilt. Es zeigt sich, dass die Flimmerbewegungen im Sinus maxill. des Kalbes und des Menschen wenigstens an den der Apertur am nächstgelegenen Theilen der Schleimhaut von allen Seiten in der Richtung gegen die Mündung zu, weiter nach aussen durch den Verbindungscanal mit der Nasencavität wirkt. Russkörnchen wurden mit einer mittleren Bewegungsgeschwindigkeit von 0,5—1 cm in der Minute tranportirt.

In der III. Abtheilung zeigt der Verf., dass das normale Nebenhöhlensecret beim Menschen recht bedeutende bactericide Fähigkeiten besitzt (Bacillus anthrax), aber diese Fähigkeit geht vollständig zu Grunde, wenn das Secret 40 Min. bis 65° C. erwärmt wird.

Eine vorläufige Mittheilung dieser Untersuchungen ist schon in dem Centralbl. f. Bacteriologie u. Parasitenkunde etc. Abth. I Originale Bd. XXXIII, 1904, No. 4 veröffentlicht.

E. SCHMIEGELOW.

25) **H. Luc. Meine letzte Verbesserung in der Radicalbehandlung der chronischen Nebenhöhleneiterungen. (My latest improvement in the radical treatment of chronic suppurations of the accessory cavities of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1903.*

Cfr. Verhandlungen der 25. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1903. Centralblatt. Bd. XX. S. 105.

EMIL MAYER.

26) **Alfred Stieda. Käsiges Empyem der Nasennebenhöhlen. (Cheesy empyema of the nasal accessory sinuses.)** *Archives of Otology. October 1903.*

Es werden drei Fälle mitgetheilt, in denen sich grosse Mengen käsigen Materials vorfanden, die sich leicht mit einem Löffel entfernen liessen. In einem der Fälle fand sich in den nekrotischen Massen der B. coli communis fast in Reincultur.

EMIL MAYER.

27) **M. Weil. Röntgenbilder von Stirn- und Kieferhöhlen.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. December 1903.) *Wien. klin, Wochenschrift. No. 52. 1903.*

Durch Eingiessen von schattengebenden Substanzen in die Höhlen will Weil die Contouren sichtbar machen und so gewisse Veränderungen, wie Granulationen der Höhlenschleimhaut etc. mit dem Röntgenschirme diagnosticiren. Am besten bewährte sich zu diesem Zwecke das ungiftige Bleisulfat.

CHIARI-HANSZEL.

28) **Logan A. Turner** (Edinburgh). **Ein Beitrag zur Pathologie der „Knochencysten" in den Nebenhöhlen der Nase. (A contribution to the Pathology of „bone cysts" in the accessory sinuses of the nose.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1903.*

Verf. führt aus, dass cystische Ausdehnung der Keilbeinhöhle bisher nicht beschrieben worden ist, dass er selbst aber verschiedene Fälle solcher Veränderung

an den Siebbeinzellen, der Stirn- und Oberkieferhöhle gesehen hat. Er giebt eine Uebersicht über die Anatomie der Siebbeinzellen und zeigt, wie diese sich bisweilen in das Stirnbein hinein ausdehnen und zu einer Auftreibung seiner Orbitalplatte führen können. Er veranschaulicht diese Verhältnisse durch beigefügte Photographien. Unter den an der mittleren Muschel vorkommenden Varietäten beschreibt Verf. eine Auswärts- und Aufwärtskrümmung des freien Randes des Knochens, so dass ein tiefer Kanal oder eine geschlossene Höhle gebildet wird. Ist dieser Zustand sehr ausgebildet, so existirt ein erheblich grosser mit dem mittleren Nasengang communicirender Raum. Vergrösserung der Muschel kann entstehen in Folge der Bildung lufthaltiger Räume in ihrem Innern, wie sie von Santorini, Zuckerkandl und Lothrup beschrieben worden sind. Wenn die Muschel in situ ist, so öffnen sich diese Zellen an ihrem oberen angehefteten Rande in den oberen Nasengang. Steer (Inaug. Dissert., Rostock 1895) fand diese Bildungen in 8 pCt. der Fälle, Lothrup in 18 pCt. Ref. selbst hat 160 Schädel untersucht, 112 männliche und 48 weibliche: lufthaltige Räume in der Muschel fanden sich in 32 (20 pCt.) der Fälle und zwar 21 mal rechts und 19 mal links, davon 8 mal beiderseits. Bei den 112 männlichen Schädeln fanden sich Lufträume 20 mal (17 pCt.) und zwar 13 mal rechts, 11 mal links, 4 mal beiderseitig; bei den 48 weiblichen Schädeln in 12 Fällen (25 pCt.), wovon 8 mal rechts, 8 mal links, 4 mal beiderseitig.

Verf. classificiert die „Knochencysten“, je nachdem sie Luft, Schleim oder Eiter enthalten. Die ersteren geben selten zu pathologischen Zuständen Veranlassung und sind nur als eine Ueberentwickelung der normal vorhandenen Zellen aufzufassen. Sie sind nur bei Erwachsenen anzutreffen, insofern die Lufträume sich nicht vor dem 14. oder 15. Lebensjahre entwickeln. Verf. giebt eine detaillirte Beschreibung des klinischen und histologischen Befundes in einigen Fällen sowie der angewandten Behandlung. Er theilt die Fälle von Vergrösserung der mittleren Muschel folgendermassen ein: In einem gewissen Procentsatz von Schädeln existirt normalerweise eine Höhle in der unteren Siebbeinmuschel; in einigen Fällen greift ein ungewöhnliches Wachsthum der mittleren Muschel und ihres Luftraumes Platz. Meist hat dies einen chronischen entzündlichen Process an der Schleimhaut und dem darunterliegenden Knochen zur Folge, woraus sich dann ferner eine Auflagerung von neuem Knochen in Folge gesteigerter Thätigkeit der Osteoblasten ergiebt, mit der eine Resorption am Knochen durch die Osteoklasten im Innern einhergeht. So ergiebt sich eine allmählige Ausdehnung des präexistirenden Luftraums mit Vergrösserung der mittleren Muschel. In einigen Fällen führen die Veränderungen in der Schleimhaut zur Bildung von Schleimpolypen. Bisweilen bleibt die Höhle leer, weil ihr Ausführungsgang offen ist, in anderen Fällen kommt es zur Schleimretention, während in noch anderen in Folge eitriger Entzündung ein Empyem der Zelle sich bildet.

Verf. wendet sich dann zu den Mucocelen der Stirnhöhle. Er kommt zu dem Ergebniss, dass diese Fälle in Folge eines chronisch entzündlichen Processes der auskleidenden Schleimhaut entstehen, der in Verbindung mit einem ähnlichen Vorgang an der Nasenschleimhaut steht. Dadurch verschliesst sich die Mündung des Sinus und es kommt zu einer Secretansammlung in der Höhle.

Zum Schluss beschreibt Verf. eine Reihe von Fällen, die das Vorkommen von Knochencysten im Oberkiefer in Verbindung mit den Zähnen illustriren. Er meint, dass Ausdehnung der knöchernen Sinuswandung durch die Entwicklung der Zahncysten in die Höhle hinein erklärt werden muss, während wirkliche Ausdehnung der Höhle selbst ein seltenes Vorkommen ist; die Differentialdiagnose dieser Fälle wird erörtert.

JAMES DONELAN.

29) **S. Hagen-Torn. Ueber Proliferationscysten der Kiefer und über Prothesen bei Resection des Unterkiefers. (O proliferujuschtschich pictach tscheljnstei i prothesach pri resektii nishnei tscheljinti.)** *Protokolle und Verhandlungen d. St. Petersburger Medico-chirurg. Gesellsch. 1900—1901. St. Peterburg 1904.*

Nach H. stellen die Cysten der Kiefer eine Krankheit sui generis vor.

Klinisch sind sie gutartig, wachsen langsam, sind immer multipel angelegt. Ihre Grösse wechselt von Stecknadelknopf- bis Kindskopfgrösse. Die einfache Entfernung einer Cyste schützt nie vor Recidiven oder vielmehr dem Nachwachsen kleinerer und kleinster Cysten. Daher Resection des Kiefers erforderlich. Durch die Sauer'schen Prothesen lässt sich die Verunstaltung des Gesichtes vermeiden.

F. HELLAT.

30) **Grünwald** (München), **Ueber Kiefercysten und Kieferhöhlencysten und ihre gegenseitigen Beziehungen.** *Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkde. XII. Jahrg. H. 3.*

Es giebt drei Arten von Cysten der Kieferhöhlen: 1. Retentionscysten, 2. Colliquaturhöhlen und 3. Lymphectasien. Die Unterscheidung dieser von den Kiefercysten ist practisch wichtig und wird des näheren behandelt. Als jene Erkrankungen, welche Cysten des Oberkiefers oder seiner Höhle vorzutäuschen vermögen, werden angeführt: Aneurysma der Arteria palatina descendens, ein erweichendes Gumma des harten Gaumens, hohle Tumoren.

CHIARI.

31) **Strubell. Ueber die Beziehungen der Gefässe der Kieferhöhle zu denen der Zähne.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 6. 1904.*

Die Ernährung der Kieferschleimhaut, der Spongiosa des Knochens und der Alveolen mit den Zähnen geschieht von einem dreifachen eng unter sich anastomosirenden Netze von Gefässen aus. Ein Teil der Gefässe verläuft längs der vorderen Contour des Bodens der Kieferhöhle und ist bestimmt für die Kieferhöhlenschleimhaut, namentlich die tiefe Schicht derselben. Zweitens findet sich ein äusserst stark injicirtes weitmaschiges Netz von Venen, das ein feineres von Arterien in sich einschliesst; die Alveolen sind nebst der Spitze der Zahnwurzel von einem dichten Netze feinster arterieller Gefässe umsponnen, an denen Endgefässe direct durch die Wurzelhaut in das Cement eindringen, aber nicht bis in die Pulpa gehen. Wenn Verf. am Schlusse seines Aufsatzes die Seltenheit dentaler Epyeme bezweifelt, so dürfte er bei grösserer Erfahrung doch anderer Ansicht werden.

SCHECH.

32) **J. Torres** (Corogne). **Empyem der Highmorshöhle. (Empiema de la encoa de Highmoro.)** *Bolet. dal Coleg. de Médicos de la Coruna. 1902.*

Bericht mehrerer beobachteter Fälle von Empyem des Oberkiefersinus und deren Behandlung.

R. BOTEY.

33) **Mermod** (Lausanne). **Klinische Vorstellung im Cantonsspital.** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 4. 1903.*

M. stellt eine Anzahl geheilter chronischer Empyeme der Oberkieferhöhle vor, bei welchen er nach Luc durch Herausnahme der Seitenwand zwischen Nase und Antrum beide Höhlen in eine einzige verwandelt hatte. Er rühmt diese Methode als die einzige, welche diese Krankheit sicher zur Heilung führe. Dies mag richtig sein, aber für die Empyeme rein dentalen Ursprungs ist diese eingreifende Operation jedenfalls selten erforderlich. Verf. erwähnt 127 auf diese Weise von ihm geheilte Fälle. Bezüglich der Behandlung der Empyeme der Stirnbeinsinus und der Ethmoidalzellen möchte M. die radicalen, aber entstellenden Operationen nach Kuhnt und Killian auf wenige specielle Fälle einschränken. Er will mit geringeren Eingriffen und gehöriger Auswaschung gewöhnlich ohne Entstellung auskommen, was er durch herumgebotene Photographien von 12 Fällen illustrirt.

JONQUIÈRE.

34) **R. H. Johnston. Infection der Highmorshöhle mit dem Micrococcus tetragenus. (Infection of the antrum of Highmore with the micro-coccus tetragenus.)** *Journal of Eye, Ear und Throat diseases. September-October 1903.*

Titel erklärt den Inhalt.

EMIL MAYER.

35) **A. Onodi. Die Eröffnung der Kieferhöhle im mittleren Nasengange.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 154. 1903.*

O. bevorzugt die Eröffnung der Kieferhöhle von dem mittleren Nasengange aus; er durchstösst die Wand derselben mit einem eigens construirten Dilatationstroicart, der nach dem Einstechen nach Art einer Pincette geöffnet wird und dabei eine Erweiterung der Oeffnung in der medialen Kieferhöhlenwand bis zu 2 cm bewirkt.

Instructive Abbildungen der anatomischen Verhältnisse der Kieferhöhle und des Instrumentes (das bei Garai, Budapest, Franziscanerbazar, zu beziehen ist) sind der kurzen Mittheilung beigegeben.

F. KLEMPERER.

36) **W. Roth** (Wien). **Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Exsudatform bei der Entzündung der Highmorshöhle.** *Wien. med. Pressc. No. 3. 1904.*

Zu den beständigsten Symptomen einer Entzündung der Kieferhöhlenschleimhaut gehört das entzündliche Sekret. Verf. beschreibt nun 5 Fälle von Kieferhöhlentzündung, in welchen kein Secret in der Nase zu sehen war, da es zu zähe war. Das durch Probepunction gewonnene Secret hatte durchscheinendes Aussehen und war von lichtgrüner Farbe. — Man soll auch in Fällen von Nasenverstopfung ohne nachweisbare mechanische Ursache und auch ohne sichtbares Secret sein Augenmerk auf die Kieferhöhle richten.

CHIARI.

37) **Réthi** (Wien). **Die Radicaloperation des Kieferhöhlenempyems von der Nase her.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 34. 1904.*

Hinweis auf die 1901 und 1903 von demselben Autor erschienenen Publicationen über seine Methode obengenannter Operation, die darin besteht, dass nach Abtragung der vorderen zwei Drittel der unteren Muschel eine breite Com-

municationsöffnung zwischen Kiefer- und Nasenhöhle angelegt wird, die auch in den mittleren Nasengang hinaufreicht; Besichtigung des Antruminnern mit einem kleinen Spiegel, eventuell Curettement. Auf Grund weiterer Beobachtungen empfiehlt R., die Oeffnung möglichst gross zu gestalten. Sowohl was Grösse und Technik des Eingriffes, als auch was die Erfolge betrifft, ist R. von dieser Radicaloperation am meisten befriedigt.

CHIARI-HANSZEL.

38) **Herbert Tilley. Einige Beobachtungen über Eiterung der Oberkieferhöhle. (Some observations upon suppuration of the maxillary antrum.)** *Abdruck aus den Verhandlungen der Britischen zahnärztlichen Gesellsch. December 1903.*

Verf. legt seiner Statistik 82 Fälle von Antrumeiterung zu Grunde; von diesen wurden 46 mit Radicaloperation behandelt, 27 mittels Anbohrung von der Alveole aus, von denen aber 5 noch nachträglich die Radicaloperation erforderten und so unter die obigen 46 mit einberechnet sind; in 3 Fällen handelte es sich um eine acute Affection und 20 wurden nur in der Consultationsstunde untersucht. In 19 Fällen bestand chronische Stirnhöhlen-Siebbeineiterung; in 12 Fällen waren beide Oberkieferhöhlen erkrankt und in 4 ergoss sich auch aus der Keilbeinhöhle Eiter.

Verf. geht genau auf die anatomischen Beziehungen zwischen Antrum und Stirnhöhle ein. Das Infundibulum endet bei oder in der Antrumöffnung und eine sich von dem Foramen nach oben erstreckende Schleimhautfalte bildet eine Tasche, in deren Grunde sich die Antrumöffnung befindet. Daraus ergiebt sich, dass das Antrum ein Reservoir bildet, in das sich aus der Stirnhöhle oder den Siebbeinzellen stammende Absonderungen ergiessen und ansammeln können, ohne dass es selbst primär erkrankt zu sein braucht. Verf. führt zur Illustration einen hierher gehörigen Fall an.

Verf. neigt zu der Ansicht, dass Zahnerkrankungen ein sehr wichtiger Factor in der Entstehung der Antrumeiterungen bilden. Unter 300 Fällen von Antrumempyem hat er nur eine Patientin — ein 12jähriges Mädchen — mit völlig gesunden Zähnen gesehen. Verf. sagt: „Müssen wir nicht mit Recht annehmen, dass Erkrankung eines Zahnes eine gewisse Reizbarkeit der Antrumschleimhaut in der Nachbarschaft dieses Zahnes herbeiführen muss, eine gesteigerte Vulnerabilität, die sie geeigneter macht, sich von der Nase aus zu inficiren?"

Trotz Grünwald's Ableugnung der häufigen Entstehung von Antrumerkrankung von den Zähnen aus ist der Verf. folgender Ansicht: „Die Infection nimmt ihren Weg durch die Lymphräume des gesunden Knochens und ein Infectionsherd in einer Zahnkrone ist keineswegs gering zu achten, denn wenn auch ein Antrumempyem auf eine andere Ursache zurückzuführen sein mag, so muss man doch stets annehmen, dass die Zahnerkrankung im Stande ist, die Antrumschleimhaut in einem solchen Zustand von Irritation zu erhalten, dass alle therapeutischen Versuche dadurch vereitelt werden." Verf. behandelt dann ausführlich Diagnose, Symptome und Behandlung.

In Bezug auf die Ausspülungen von einer Alveolenöffnung aus räth Verf., mit der Spülflüssigkeit öfter zu wechseln; er empfiehlt Borsäure, Chlorkali, For-

malin etc. Was die Resultate anbelangt, so sagt Verf., es sei zwar leicht, die Menge des Eiters und den Fötor schnell herabzumindern, dass es aber in Fällen von mehr als einigen Monaten Dauer sehr schwierig sei, die letzte Spur Eiter zum Verschwinden zu bringen. Die Behandlung soll so lange fortgesetzt werden, bis der Ausfluss verschwindet; wenn dies nicht eintritt und eine absolute Heilung gewünscht wird, muss man zu radicaleren Massnahmen schreiten. Die Methode der Eröffnung von der Alveole aus soll in allen Fällen versucht werden, die erst wenige Monate alt sind, sowie auch in chronischen Fällen als erster Eingriff, weil auch in einer Anzahl von diesen die Methode doch noch zu einer rapiden Heilung geführt hat. Verf. beschreibt dann ausführlich die Radicaloperation, die er von der Fossa canina aus vornimmt. Die Oeffnung soll einen Umfang von 2—2,5 cm haben; man soll bei der Operation vermeiden, den Nervus infraorbitalis zu verletzen; ferner muss die erkrankte Antrumschleimhaut mit einer Curette ausgekratzt werden. Eine Gegenöffnung soll nach der Nase zu angelegt werden. Ist die Erkrankung der Schleimhaut hauptsächlich auf den unteren Theil der Höhle beschränkt, so genügt es, im unteren Nasengang eine 2 cm grosse Oeffnung anzulegen, ist dagegen die ganze Antrumschleimhaut erkrankt, so muss die ganze innere Wand der Höhle entfernt werden. Es ist nicht nöthig, fest zu tamponiren, sondern man legt nur einen Gazestreifen lose hinein, der nach 48 Stunden entfernt wird.

JAMES DONELAN.

39) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Empyem der Highmorshöhle mit Oeffnung durch den harten Gaumen. (Empyema of the maxillary sinus with opening through the hard palate.)** *Australasian Medical Gazette. 21. December 1903.*

Die Oeffnung befand sich nahe der Raphe gegenüber dem ersten Molarzahn und führte in eine sich nach aussen gegen die Alveole erstreckende Höhle. Es wurde schliesslich vom unteren Nasengang aus operirt.

A. J. BRADY.

40) **A. Jousset. Chirurgische Behandlung der Highmorshöhle. (Thérapeutique chirurgicale du sinus maxillaire.)** *Le Nord médical. 1. Januar 1904.*

Verf. berichtet über einen Fall von doppelseitigem Oberkieferhöhlenempyem, behandelt nach Caldwell-Luc mit der Modification, dass ein Drain in der Fossa canina gelassen wurde. Nach einem Monat liess der Kranke den metallischen Obturator in die Höhle fallen. Verf. operirte nach Rouge und entfernte so den Fremdkörper. Verf. zieht einen Vergleich zwischen beiden Operationsmethoden, der zu Gunsten der Caldwell-Luc'schen ausfällt, sobald es sich nur um eine Oberkieferhöhlenerkrankung handelt. Sind auch andere Nebenhöhlen erkrankt, so ist das andere Verfahren vorzuziehen.

A. CARTAZ.

41) **Herbert Tilley. Eiterung der Oberkieferhöhle mit besonderer Berücksichtigung von Diagnose und Behandlung. (Suppuration of the maxillary antrum; with special reference to diagnosis and treatment.)** *The Laryngoscope. Februar 1904.*

Verf. geht davon aus, dass Zahnerkrankungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zum mindesten ein prädisponirendes Moment für die Entstehung von Antrumeiterungen abgeben und weist auf die Bedeutung hin, die infolgedessen

die Fürsorge für die Zähne in der Prophylaxe der Nebenhöhlenerkrankungen hat. In Bezug auf die Diagnose giebt die Probepunction die sichersten Hinweise. Therapeutisch ist die Drainage von der Alveole aus bei frischen Fällen angewandt; sie führt in allen Fällen zu Nachlass der Beschwerden. Radicale Operation soll erst Platz greifen, wenn die geringfügigeren Massnahmen resultatlos bleiben.

EMIL MAYER.

43) **G. Gavello. Ueber die chirurgische Behandlung der chronischen Oberkieferhöhlenerkrankung. (Sulla cura chirurgica della sinusite mascellare cronica.)** *Giornale d. R. Accademia di Medicina di Torino. V—VI. 1904.*

Verf. operirt seit längerer Zeit bei Highmorshöhlenempyem nach Caldwell-Luc und benutzt dazu das von ihm angegebene Instrument. Da aber viele Patienten sich dem immerhin grösseren Eingriff, der auch die allgemeine Narkose erfordert, nicht unterwerfen wollen, so hat Verf. auf eine Verbesserung der Methode der Eröffnung vom unteren Nasengang aus sein Augenmerk gerichtet und zu diesem Zweck einen Perforator angegeben, der nach dem Muster des Nägele-schen Kraniotoms construirt ist, die Sinuswand wie ein gewöhnlicher Troikart durchbohrt und mittels dessen dann die Perforationsöffnung so erweitert wird, dass die gewöhnlichen, in der Rhinologie gebräuchlichen Knochenzangen eingeführt werden können. Seine Operationsmethode besteht in folgenden Acten: Resection der vorderen Hälfte oder in zwei Dritteln der unteren Muscheln, dicht an ihrem Ansatz, Perforation der Wand im tiefsten Theil des unteren Nasengangs, Erweiterung der Oeffnung mit der Hartmann'schen Zange oder ähnlichen Instrumenten; Curettage, Ausspülung, Tamponade der Höhle. Man operirt mit Cocain und Adrenalin, vermeidet so die allgemeine Narkose, sowie den Uebelstand einer Oeffnung nach der Mundhöhle zu und schafft eine Oeffnung, durch welche die Höhle leicht drainirt werden kann.

FINDER.

42) **S. Fruttero. Beitrag zum Studium der Anatomie der Stirnhöhle und des Ductus naso-frontalis. (Contributo allo studio dell'anatomia del seno frontale e del dotto naso-frontale.)** *Atti della R. Clinica otiatrica di Roma 1903.*

Gelegentlich seiner anatomischen Untersuchungen über die Anatomie der Stirnhöhle hat Verf. gefunden, dass die Nebenhöhlen viel häufiger erkrankt sind, als man nach den klinischen Erfahrungen glauben sollte: Bei 29 Individuen fand sich 11 Mal Nebenhöhlenerkrankung.

FINDER.

44) **D. Caralt** (Madrid). **Empyem des Stirnsinus mit diffuser gangränös-phlegmonöser Entzündung des oberen Augenlides, toxischer Kerato-Iritis und anderweitigen erysipelatösen Complicationen. (Empiema dal seno frontal y flemón difuso y gangrenoso dal parpado superior con querato-iritis toxicás y complicaciones erisipelatoideas.)** *Revist. de Medic. y Cirug. März 1902.*

Genannte Complicationszustände traten bei einer Patientin im vorgerückten Alter auf und zwar mehrere Jahre nach dem ursprünglichen Sinusleiden.

R. BOTEY.



45) **C. A. Thigpen. Ein Fall von Stirnhöhlenempyem. (A case of empyema of the frontal sinus.)** *Journal American Medical Association. 14. November 1903.*

Zuerst wurden Polypen und die mittlere Muschel entfernt und die vorderen Siebbeinzellen curettirt. Bei Eröffnung der Stirnhöhle gelangte man in einen Sinus, dessen vordere Wand das Stirnbein bildete, während die hintere Wand von der Dura und dem Gehirn gebildet wurde.

EMIL MAYER.

46) **Fernandis** und **Van Swieten. Ueber chronische Frontalsinusiten in neun nach dem Goris'schen Verfahren operirten Fällen. (A propos de neuf cas du sinusite frontalo chronique, opérés suivant le procédé du Dr. Goris.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 3. 1904.*

Goris schreibt die Vermeidung der Entstellung bei seiner Methode bekanntlich der Resection des Orbitalrandes und der unteren Sinuswand zu, wodurch die brüske Invagination der Haut wie „nach einem Hieb mit einem Beil" vermieden werde. Die Verff. theilen 9 derartige Fälle mit und machen auf die Vortheile der Methode aufmerksam, bezüglich

a) der Dauer der Behandlung: die Kranken können nach 8—10 Tagen ohne Verband entlassen werden;

b) der beinahe vollständigen Recidivlosigkeit;

c) des ästhetischen Resultates: durch die Vermeidung von Vorsprüngen event. abgebrochener Linien mache sich die Einsenkung weniger bemerklich.

BAYER.

47) **De Stella. Die Radicalcur der chronischen Sinusitis fronto-ethmoidalis. (La cure radicale de la sinusite fronto-éthmoïdale chronique.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 4. 1904.*

Der Verf. macht Mittheilung von 3 nach seinem Verfahren operirten Fällen, das identisch ist mit der von Jaques und Denaut in Nancy in den „Annales des Maladies de l'oreille" im August 1903, einen Monat nach der Ausführung seiner ersten zwei Operationen veröffentlichten Operationsmethode, indem er die Vortheile derselben dahin resumirt, dass es

1. eine vollständige Eröffnung der Sinus erlaube, wodurch die Desinfection und Ausräumung derselben bedeutend erleichtert werde;

2. die partielle oder auch vollständige Resection des Siebbeins, die Inspection und nöthigenfalls Ausrämung der Keilbeinsinus (cfr. 2. Fall) erlaube;

3. absolut keine Deformität hinterlasse und

4. die Aussichten eines Recidivs auf ein Minimum herabsetze.

BAYER.

48) **O. Kutvirl** (Pilsen). **Cystis conchae ethmoidalis.** *Aerztl. Central-Zeitung. No. 1. 1904.*

Der Fall hatte ein Antrumempyem vorgetäuscht; sonst nichts Bemerkenswerthes. Zur Resection der mittleren Muschel bedient sich K. des Vymola'schen Keilmessers.

CHIARI.

49). **Robert C. Myles. Krankheiten und Behandlung der Siebbeinzellen nebst Bericht über Fälle und Vorstellung von Instrumenten. (Diseases and treatment of the sphenoid cells with report of cases and presentation of instruments.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1903.*

Cfr. Verhandlungen der American Laryngological Association Mai 1903, Centralblatt XX, S. 106.

EMIL MAYER.

50) **Albert E. Rogers. Einige Bemerkungen über chronisches Keilbeinhöhlenempyem. (Some remarks on chronic sphenoidal sinusitis.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 31. September 1903.*

Zur Diagnose benutzt Verf. eine Sonde, die er von der Spina nasalis inferior direct nach dem mittleren Theil der mittleren Muschel führt; ist die Sonde weiter als 7,5 cm eingeführt, so ist sie entweder in der Keilbeinhöhle oder im Nasenrachen, und wenn sie in der erwähnten directen Linie über die mittlere Muschel geht, so liegt sie sicher in der Keilbeinhöhle. Bei der Operation bedient er sich des Adrenalins nicht, sondern erst bei der Nachbehandlung. Er entfernt erst das vordere Ende der mittleren Muschel, dann die übrigen Theile, bis der Zugang zur Höhle frei liegt. Nach 10 Tagen öffnet er mit einer der Grünwald'schen nachgebildeten Zange die Höhle. Er hat in 11 Fällen so operirt, ohne zu eingreifenderen Operationen, wie der Jansen'schen oder Luc'schen, je seine Zuflucht nehmen zu müssen.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

51) **L. Réthi. Untersuchungen über die Innervation der Gaumendrüsen.** *Sitzungsbericht der kais. Acad. d. Wissensch. Wien. Bd. CXII. 8. u. 9. H. S. 232.*

Locale Reizung des weichen Gaumens ergiebt an jeder Stelle bei etwa 10 cm Rollenabstand (1 Grenet'sches Tauchelement) einzelne kleine Secrettröpfchen, die sich allmälig vergrössern und nach ca. 20 Minuten zusammenfliessen. Nach Bepinselung des Gaumens mit 10proc. Atropinlösung treten die Punkte, die normal beim Aufsetzen der Elektroden beobachtet wurden und wie erweiterte Drüsenöffnungen aussahen, weniger deutlich hervor, ebenso war dann das Erscheinen der Secrettröpfchen weniger prompt. Nach Atropininjection in den harten Gaumen trat auch bei stärkeren Strömen keine Secretion auf.

Nervenreizung des Trigeminusstammes innerhalb der Schädelhöhle hatte keine Secretion am weichen Gaumen zur Folge. Reizung des N. lingualis ergiebt beim Hunde und bei der Katze keine Secretion. Reizung des N. glossopharyng. sowohl der Wurzeln als seiner peripheren Theile, hatte keine Secretion des Gaumens zur Folge. Reizung des Vagus hatte keinen Erfolg, des Nerv. pharyng. vagi in der grösseren Hälfte der Fälle keinen Erfolg. Reizung des Hypoglossus hatte keinen Erfolg.

Dagegen enthalten Sympathicus und Facialis secretorische Fasern für den weichen Gaumen. Die im Halssympathicus schon unterhalb des unteren Halsganglions enthaltenen, für die Drüsen des weichen Gaumens bestimmten Fasern durchsetzen das oberste Halsganglion, treten mit den Erweiterern der Pupille in

die Paukenhöhle ein, ziehen über das Promontorium, hier bereits von diesen getrennt, und senken sich in das G. sphenopalat. ein; in manchen Fällen gehen die secretorischen Fasern für die hinteren Partien des weichens Gaumens in den N. pharyng. vagi über und in diesem zugleich mit den motorischen Fasern für den M. levator palati mollis zu ihrem Endziele. Die im Stamme des N. facialis enthaltenen secretorischen Fasern dagegen ziehen durch das Knie derselben und den N. petrosus superficial. major ebenfalls zum G. sphenopalat. und von hier, vereint mit den sympathischen Fasern, in die Nn. palatini, welche sie zum weichen Gaumen geleiten.

J. KATZENSTEIN.

52) **Mann** (Dresden). **Ueber Gaumenlähmung.** *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. XLVII. Bd. 1. H. 1904.*

M. macht in seiner sehr lesenswerthen Abhandlung den Versuch, auf Grundlage eines grösseren klinischen Materiales für die einzelnen Lähmungsformen Typen aufzustellen. die einen Schluss zulassen auf die Innervation des weichen Gaumens. Er betrachtet nun zuerst im Zusammenhang die Anatomie des weichen Gaumens, dann sucht er klar zu machen, was wir von den anatomischen Details am lebenden Gaumen zu erkennen vermögen, und schliesslich untersucht er die physiologische Wirkung der Gaumenmuskeln. Von den einzelnen Typen der Gaumenlähmung bespricht M. die einseitige Tensorlähmung, die einseitige Pharyngopalatinuslähmung, die einseitige Levatorlähmung combinirt mit gleichnamiger halbseitiger Lähmung des M. uvulae, während die postdiphtherische und die im Gefolge von Gehirnkrankheiten oder malignen Tumoren an der Schädelbasis auftretende Lähmung unbesprochen bleibt. Die einzelnen Typen von Gaumenlähmung sind durch eine Anzahl von Krankengeschichten illustrirt und in einer Epikrise noch detaillirt besprochen.

SEIFERT.

53) **Katz. Zur Tuberculose des Gaumensegels.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 4. 1904.*

Bei dem einen Kranken waren auch beide Lungenspitzen sowie Kehlkopf miterkrankt und manifestirte sich die Erkrankung in Form kleiner Knötchen; bei dem anderen Kranken bildete sich eine Perforation des Velum, was zu der grossen Rarität gehört, und wurde Pat geheilt.

SCHECH.

54) **V. Marzocchi. Ueber Regeneration an den Speicheldrüsen. (Sui processi rigeneratori delle ghiandole salivari sierose.)** *Anno 57. 1903. Fasc. 6. p. 751. (Rendic. II. sess. Ital. patologica Firenze 1903.)*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

55) **Selheim. Zur Analyse psychischer Erregung der Speicheldrüsen. (K analisu psichit wosbushgenii sljunnich cheles.)** *R. Wratsch. No. 35. p. 1197. 1904.*

Nach der Theorie von Pawlow giebt es zweierlei Centra für die Speichel secretion: eines für directe oder „unbedingte" Reflexe, das andere für „bedingte" oder höhere Reflexe. Letztere Reflexe erscheinen immer in Begleitung anderer. Die Aufgabe von S. bestand darin, zu ermitteln, wie verhalten sich die



höheren, bedingten Reflexe, wenn man die unbedingten durch Durchschneidung des Astes des Glossopharyngeus und des Vagus ausscheidet. Es ergiebt sich, dass allmälig auch die bedingten Reflexe erlöschen.

P. HELLAT.

56) **E. Bizzozero. Ueber compensatorische Hypertrophie der Speicheldrüsen. (Sull'ipertrofia compensatoria delle ghiandole salivari.)** *Archiv. delle scienze mediche. IV. 1903.*

Die Versuche des Verf.'s ergaben, dass, wenn eine Speicheldrüse exstirpirt wird, in der anderen Proliferationsvorgänge auftreten, die ungefähr 2 Tage nach der Operation beginnen und nach 10—14 Tagen ihr Ende erreichen. Die zurückgebliebene Drüse zeigt auch nach Monaten keine nachweisbare Gewichtszunahme. Die kurze Dauer des Proliferationsprocesses sowie das eben erwähnte Factum sind ein Beweis dafür, dass die Drüse zwar auf die Exstirpation ihrer Schwesterdrüse mit vermehrter Karyokinese reagirt, sich aber bald den veränderten Bedingungen so anpasst, dass sie die vermehrte Function auch ohne weitere Proliferation ihrer Elemente leistet.

FINDER.

57) **Fernando Fabrini. Beitrag zum Studium der eitrigen entzündlichen Processe der Speicheldrüsen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese. (Contributo allo studio dei processi infiammatori suppurativi delle glandole salivari con speciale riguardo alla loro patogenesi.)** *La Clinica Moderna. 29. Juni 1904.*

Verf. hatte Gelegenheit, bei einem 66jährigen Manne eine apfelsinengrosse schmerzlose Anschwellung in der rechten Submaxillargegend zu beobachten. Es bestand kein Fieber. Von der Mundhöhle aus fühlte man, dass der Wharton'sche Gang zu einem harten Strang umgewandelt war. Es wurde die Diagnose auf Speichelretention in der Glandula submaxillaris infolge Verschluss des Wharton-schen Gangs gestellt. Pat. wurde angewiesen, längs des Stranges am Mundboden häufig mit einem Stückchen Citrone zu reiben. Dadurch sollte die Speichelsecretion angeregt und die Muskelfasern des Ganges zur Contraction angereizt werden. In der That wurde nach einigen Tagen ein kleiner Pfropf — wahrscheinlich aus Epithelmassen bestehend — ausgestossen, worauf sehr reichliche Speichelabsonderung folgte. Nach 2 Monaten trat derselbe Zustand ein, ohne dass es auf diesem Wege gelang, eine Besserung herbeizuführen; es bestand Fieber und heftiger Schmerz. Der Tumor zeigte eine prall-elastische Consistenz; bei Druck auf den Ductus Whartonianus kamen aus der Ausführungsöffnung kleine Tröpfchen grünlichen Eiters. Der Tumor wurde gespalten und es entleerte sich eine grosse Menge sehr stinkenden Eiters. Bakteriologische Untersuchung des letzteren ergab das Vorhandensein von Streptococcus pyogenes und Proteus vulgaris.

Verf. ist der Ansicht, dass die vor 2 Monaten vorausgegangene Speichelretention in der Drüse und dem Ausführungsgang Verhältnisse geschaffen habe, die hier einen locus minoris resistentiae für eine von der Mundhöhle her ascendirende Infection setzten.

FINDER.

58) **Brin. Speichelsteine. (Calculs salivaires.)** *Société anatomique. 17. Juni 1904.*

B. zeigt drei Speichelsteine vor, von denen zwei spontan aus dem Ductus

Whartonianus entleert wurden. Der dritte von der Grösse einer Haselnuss wurde mittels Exstirpation entfernt.

PAUL RAUGÉ.

59) **Ragozzi. Guajacol bei Parotitis. (Guajacol in Parotitis.)** *The Journal of the American Medical Association. 21. Mai 1904.*

Verf. empfiehlt äusserliche Anwendung von Guajacol bei Mumps nach folgendem Recept:

Rp. Guajacol 4,0
Lanolin 40,0.
M. f. ung. S. zweimal täglich local anwenden.

Nach dieser Anwendung geht die Schwellung sehr bald zurück und die Schmerzen verschwinden.

EMIL MAYER.

60) **Géraud. Lymphadenom der Parotis. (Lymphadenome de la parotide.)** *Société anatomique. 8. Juli 1904.*

Der bei einer 66jährigen Frau entfernte Tumor besteht aus einem apfelsinengrossen Kern, der von dem cystisch aussehenden Drüsengewebe umgeben war. Es handelte sich um ein typisches Lymphadenom.

PAUL RAUGÉ.

61) **F. Kiesow. Zur Kenntniss der Nervenendigungen in den Papillen der Zungenspitze.** *Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. Bd. 35. H. 3 bis 4. S. 252.*

Zeigt, dass in der Zunge von Macacus sinicus ein terminaler Nervenplexus vorkommt, der als Tastorgan aufzufassen ist. Vorher von Fusari für die Katze nachgewiesen.

J. KATZENSTEIN.

62) **Augier. Vier Fälle von schwarzer Haarzunge. (Quatre cas de mélanotrichie linguale.)** *Journal de sciences méd. de Lille. 23. Juli 1904.*

In zwei der mitgetheilten Fälle führte Behandlung mit Wasserstoffsuperoxyd in kurzer Zeit zum Verschwinden der Schwarzfärbung und der Haarbildung. In einem Fall musste die Excision gemacht werden. Histologisch stellen sich die fadenförmigen Gebilde dar als in Verhornung begriffene Epithelzellen und als Hypertrophie der Papillae filiformes. Die Aetiologie ist noch im Dunkel.

A. CARTAZ.

63) **A. Mauté und C. Orniel. Sarkom der Zunge. (Sarcome de la langue.)** *Société anatomique 8. Juli 1904.*

Demonstration von Präparaten. Der Tumor sass auf der Zunge eines 20jährigen jungen Mannes; nach der Operation trat sofort Recidiv auf; nach abermaliger Operation blieb Patient recidivfrei. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rundzellensarkom handelt.

PAUL RAUGÉ.

64) **Campbell Brown Keenan. Sarkom der Zunge. (Sarcoma of the tongue.)** *Annals of Surgery. Juni 1904.*

Pat. war ein 47jähriger Mann; der Tumor sass auf dem Zungenrücken. Die obere Portion des Tumors wurde operativ entfernt; die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Rundzellensarkom handelte. Erst einen Monat später wurde die

Totalexcision gestattet. Bald darauf zeigte sich ein Tumor in der Magengegend, der inoperabel war. Sieben Monate später starb der Patient. Die Section ergab, dass es sich um einen Tumor von derselben Beschaffenheit handelte, wie es der auf der Zunge gewesen war.

EMIL MAYER.

65) **J. J. Richardson. Hypertrophische Zungentonsillen. (Hypertrophied lingual tonsils.)** *American Medicine. 3. September 1904.*

Das Beseitigen der Hypertrophie mit schneidenden Instrumenten hat dem Verf. sehr gute Resultate gegeben; bei tuberkulösen Patienten soll die Operation nie gemacht werden, da sich aus der Wundfläche leicht ein tuberculöses Ulcus bildet.

EMIL MAYER.

66) **Sendziak. Ein Fall von primärem Zungentonsillencarcinom. (Pak pierwotny jezykowego.)** *Nowiny Lekarskie. No. 4. 1904.*

Bei einem 62jähr. Manne, der seit einigen Monaten über Schmerz und Schluckbeschwerden, dabei auch über Rachenblutungen klagte, constatirte Vf. an der Radix der Zunge in der Gegend der Zungentonsille, überhaupt auf der linken Seite eine ulceröse Geschwulst. Das Geschwür war tief mit harten Seiten und höckerigem Boden. Epiglottis war stark infiltrirt, das linke Stimmband unbeweglich in Medianposition. Die linken Halsdrüsen waren stark geschwollen.

Da der Kranke vor 30 Jahren an Syphilis litt, applicirte Verf. einige Zeit in diesem Falle antisyphilitische Therapie, die doch ohne sichtlichen Erfolg blieb. Das betreffende Leiden diagnoscirte Verf. als primäres Zungentonsillencarcinom. Die mikroskopische Untersuchung war nicht ausgeführt.

A. SOKOLOWSKI.

67) **Sendziak. Ueber primären Krebs der Zungenmandel.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 6. 1904.*

Exulcerirter Tumor bei einem 62jähr. Manne mit Infiltration der Epiglottis und Paralyse des linken Posticus und starken recidivirenden Blutungen.

SCHECH.

68) **Liwinowicz. Ein Zungentonsillotom.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 3. 1904.*

Modification des Schötz'schen Tonsillotoms mit flacherer Krümmung.

SCHECH.

d. Diphtherie und Croup.

69) **Oliveira Castro** (Madrid). **Diphtherie. (Difteria.)** *Revist. de Medicin. Contemporán. December 1902 y Januar 1903.*

Der ausführlichste Theil der Arbeit des Verf.'s behandelt die Anwendung des Calcium sulfur. in der Therapie der Diphtherie, welches bemerkenswerthe Resultate geben soll und in allen klinischen Formen der Infection angewandt werden sollte.

R. BOTEY.

70) **James R. Ely. Localbehandlung der Diphtherie. (Local treatment of diphtheria.)** *Virginia Medical Semi-monthly. 8. Juli 1904.*

Verf. hält Localbehandlung für durchaus nöthig und zwar bedient er sich

der Milchsäure und des Formalins; daneben empfiehlt er frühzeitige und reichliche Anwendung von Serum.

EMIL MAYER.

71) **W. R. Ramsey. Die gegenwärtige Therapie der Diphtherie. (The present treatment of diphtheria.)** *St. Paul Medical Journal. Mai 1904.*

Wenn Antitoxin frühzeitig gegeben wird, so wirkt es in 95 pCt. der Fälle von Diphtherie als Specificum; selbst in Fällen, die erst spät in Behandlung kommen, wird die Mortalität stark reducirt. Jedoch ist es erforderlich, gehörige Mengen anzuwenden. Die postdiphtherischen Lähmungen scheinen nach Anwendung des Antitoxins nicht seltener zu sein, als vorher. Da wo das Herz Zeichen von Schwäche zeigt, sollen Eingriffe, wie Intubation und Tracheotomie, nur bei horizontaler Lage des Patienten ausgeführt werden.

EMIL MAYER.

72) **J. Clarke Miller. Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (The diagnosis and treatment of diphtheria.)** *American Medicine. 19. März 1904.*

Folgendes sei aus den Ausführungen des Verf.'s hervorgehoben: In jedem Fall von wirklicher Diphtherie findet sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus. Nach dem Verschwinden der Membranen findet man zwar auch noch Bacillen; es gelingt aber nicht mehr, sie zu züchten; wogegen bei Patienten, bei denen die Initialsymptome der Infection, wie Fieber, Kopfschmerz, Halsentzündung, aber noch keine Membranen vorhanden sind, Bacillen vorhanden sind und in der Cultur üppig wachsen. Es scheint, dass wenn das Wachsthumsvermögen der Bacillen aufgehoben, in gewissem Grade auch ihre Gefährlichkeit als Infectionsträger herabgemindert ist.

Was die Behandlung anbetrifft, so besteht dieselbe, abgesehen von allgemein hygienischen und präventiven Massregeln, die Verf. genau schildert und bei denen reichliche Desinfection mit Sublimat und Formalin die Hauptrolle spielen, in Darreichung von Calomel und zwar 0,1 alle Stunde, 12 bis 24 Stunden hindurch, dann dieselbe Dosis alle 2 Stunden Alle 3 Stunden wird mit einer Chlorkalilösung, der Tinctura ferri oder Formaldehyd zugesetzt wird, gegurgelt. Zeigt eines der Kinder in der Umgebung des Erkrankten Initialsymptome der Erkrankung, so wird ebenfalls mit Calomeldarreichungen begonnen. Bei Diphtherie des Larynx wird sofort Antitoxin angewandt. Verf. möchte im Ganzen lieber das Antitoxin, als die Calomelbehandlung entbehren.

EMIL MAYER.

73) **S. C. Prescott. Radiumstrahlen und Diphtherie. (Radium rays and diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 17. September 1904.*

Experimente, die am technologischen Institut von Massachusetts angestellt worden sind, haben gezeigt, dass Culturen von B. coli, Diphtheriebacillen und Saccharomyces, wenn sie weniger als 90 Minuten lang den Radiumstrahlen ausgesetzt sind, keinerlei zerstörende Einwirkung der Strahlen zeigen. Verf. kommt auf Grund dieser seiner Versuche zu dem Ergebniss, dass die Einführung von Radium in den Mund der Patienten, um auf diese Weise die Vernichtung der Diphtheriebacillen herbeizuführen, ohne Aussicht auf Erfolg sei und keineswegs eine Antitoxinbehandlung ersetzen könne. In den Fällen, in denen mit Radiumbehandlung angeblich ein Erfolg bei Diphtherie erzielt worden sein soll, kann es

sich nach Ansicht des Verf.'s nicht um eine Vernichtung der Bacillen durch die Radiumstrahlen handeln.

LEFFERTS.

74) **Chas. G. Kerley. Wie und wann ist Antitoxin bei Diphtherie anzuwenden? (How and when to use antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 22. October 1904.*

Das Antitoxin soll in jedem Fall acuter Erkrankung angewandt werden, wenn sich Pseudomembranen in Hals oder Nase zeigen. Auch in zweifelhaften Fällen gebe man erst Antitoxin und lege dann Culturen an und warte nicht auf den Ausfall des Culturverfahrens. Je frühzeitiger das Antitoxin angewandt wird, desto geringere Mengen davon sind erforderlich. Verf. hat 66 Fälle in seiner Privatpraxis mit Antitoxin behandelt: die Patienten waren 9 Monate bis 10 Jahre alt. 16 von den Fällen mussten intubirt werden, 14 bekamen die Seruminjection bereits am ersten Tage, davon musste sie bloss bei 1 Fall nochmals wiederholt werden. Von den 24 Fällen, die am zweiten Krankheitstage in Behandlung kamen, erforderten 19 nur eine Injection, bei 4 musste die Injection am dritten Tage wiederholt werden, einer bekam 4 Injectionen. Ein Fall, der erst am 6. Tage in Behandlung kam, erhielt 5 Injectionen, im Ganzen 14000 Immunitätseinheiten. Antitoxin soll auch in Fällen von Kehlkopfstenose gegeben werden. In den 16 Kehlkopffällen, die operativ behandelt werden mussten, starben 3, die erst in Serumbehandlung genommen waren. Jedes der Infektionsgefahr ausgesetzte Kind soll zu Präventivzwecken geimpft werden. Verf. giebt Kindern, die am zweiten Tag in Behandlung kommen, 3000 I.-E. ohne Rücksicht auf das Alter; nach 3 Tagen soll die Anfangsdosis 5000 I.-E. sein, die, wenn keine Besserung zu bemerken ist, nach 12 Stunden wiederholt werden soll. Die Injectionen werden in die Abdominalhaut gemacht. Bei 20 pCt. der Patienten zeigt sich nach der Injection Urticaria. Nephritis kam keinmal vor. In 4 Fällen entwickelte sich eine leichte Paralyse.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **Oltuszewski** (Warschau). **Pathogenese und Behandlung der spastischen Aphonie und Falsetstimme.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Mai-Juni 1904.*

Wenn die spastische Aphonie auch scheinbar isolirt in der Gestalt von Unterbrechungen in der Sprache oder der herausgepressten Stimme erscheint, so kommt O. doch auf Grund seiner Beobachtungen, von denen er 5 Fälle mittheilt, zu dem Schlusse, dass sie nichts anderes sei, als das gänzliche oder tonische Stimmstottern der Muskeln, welche die Stimmritze schliessen, eventuell das Athmungsstottern, das von den tonischen Krämpfen des Zwerchfells und der Brustmuskeln abhängig ist. In Betreff der Falsetstimme hält sich O. für berechtigt, dieses Leiden als ein der sogenannten spastischen Aphonie ähnliches zu betrachten, allein mit dem Unterschiede, dass die Krämpfe sich in den vorderen Muskeln des Kehlkopfes localisiren und dass das Leiden selbst zur Pathogenie der krampfhaften Dysarthrie zu zählen ist, welche entweder eine Varietät des Stotterns darstellt, oder eine mit

ihm verwandte Störung. Es wird demnach zur Behandlung dieser Störung die Heilgymnastik, welche wir beim Stottern anwenden, zum Ziele führen. SEIFERT.

76) **F. Schleissner** (Prag). **Ueber Sprachgebrechen.** (Nach einem Vortrage.) *Prager med. Wochenschr. No. 25. 1904.*

Abgehandelt werden nur die Störungen der Articulation, also die Dysarthrien, die der Autor wieder in Dyslalien und die eigentlichen oder centralen Dysarthrien eintheilt, die entweder durch organische Läsionen bedingt oder rein functioneller Natur sind.

Zunächst bespricht Sch. die Ursache des Stotterns: die Spasmen der Athmungsmuskulatur, den tonischen Krampf der stimmgebenden Muskulatur des Larynx sowie der Articulationsmuskulatur, der Lippen und Zunge, ferner wird der Mitbewegungen z. B. der mimischen Muskulatur Erwähnung gethan und werden die Theorien der Ursache des Stotterns erörtert. Bei Knaben kommt Stottern dreimal so häufig vor, als bei Mädchen, auch späterhin wird das männliche Geschlecht häufiger befallen. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt der Autor die systematischen Respirations- und Articulationsübungen, wobei auch der suggestive Werth der persönlichen Einwirkung des Arztes nicht unterschätzt werden darf. Von anderen Sprachgebrechen erwähnt Sch. das Poltern, die Aphthongie, die Lalophobie, das Stammeln, das Lallen. Zum Schlusse werden einige organische Leiden aufgezählt, die für die Deutlichkeit der Sprache in Betracht kommen als Defecte des Gaumens, Nasenverstopfung etc. CHIARI-HANSZEL.

77) **G. Hudson Makuen. Verzögerte Entwickelung der Sprache bei jungen Kindern. (Retarded development of speech in young children.)** *N. Y. Medical Record. 1904.*

Verf. weist, nachdem er auch die übrigen Ursachen für verzögerte Entwicklung der Sprache hat Revue passiren lassen, besonders auf die verschiedenen Formen von Schwerhörigkeit hin und auf die Folgen, die letztere auf die geistige Entwicklung des Kindes hat. Es werden manche Kinder, die nur harthörig sind und in Folge dessen mangelhaft sprechen gelernt haben, unrechtmässiger Weise in Anstalten für Imbecille gebracht. Verf. sagt, dass Kinder bisweilen an einer intellectuellen Krankheit leiden; sie müssen dann trainirt und erzogen werden, am besten nach der Urbantschisch'schen Methode. Er berichtet einen Fall, der den Werth dieser Methode illustrirt. LEFFERTS.

78) **Sidney Jankauer. Larynxtuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *The Laryngoscope. März 1904.*

Uebersicht über die in den letzten Jahren über diesen Gegenstand veröffentlichte Literatur. EMIL MAYER.

79) **W. G. B. Harland. Der Kehlkopf bei beginnender Lungentuberculose. (The larynx in beginning pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juli 1904.*

Bericht über einige Fälle, die den Werth einer gründlichen Kehlkopfuntersuchung für Diagnose und Prognose der Lungentuberculose veranschaulichen sollen. LEFFERTS.

80) **Gaudier. Ueber die Tracheotomie im Verlauf der Kehlkopftuberculose. (De la tracheotomie au cours de la tuberculose du larynx.)** *Echo méd. du Nord. 18. Juni 1904.*

Verf. hat in 7 Fällen von Larynxtuberculose wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie machen müssen. In zwei dieser Fälle, in denen die Lungentuberculose noch wenig vorgeschritten war, hatte die Tracheotomie eine ausgesprochene Besserung des Allgemeinzustandes zur Folge; die anderen waren in extremis operirt und gingen bald zu Grunde. Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen und der anderer Operateure zu dem Ergebnisse, dass die Tracheotomie von Nutzen sein kann, wenn die Erkrankung des Larynx noch nicht zu vorgeschritten ist, wenn noch keine tiefen Ulcerationen vorhanden sind und die Lungen noch nicht zu stark afficirt sind. An und für sich führt die Tracheotomie keine Verschlechterung des Lungenleidens herbei.

A. CARTAZ.

81) **Bulling. Inhalation von phenylpropriolsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 17. 1904.*

Mittheilung von 3 Fällen mit günstigem Resultat. Die Inhalationen erfolgen 2 Mal täglich eine halbe Stunde lang bei einer Anfangstemperatur von 25—30°, später 42—43, ja selbst 45°. Die letzten Minuten wieder mit 35°. Dosirung $^1/_2$—3 proc. Lösung allmälig steigend. Die anderen Methoden, namentlich die diätetischen, werden dabei natürlich nicht überflüssig.

SCHECH.

82) **Elkan** und **Wiesmüller. Ueber Inhalationsversuche mit phenylpropriolsaurem Natron nach Bulling.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1904.*

Die Versuche waren im Allgemeinen günstig, wenn auch keine völlige Heilung erzielt wurde; der Auswurf und die Bacillen nahmen ab, ja, verschwanden sogar, Kehlkopftuberculose wurde ebenfalls günstig beeinflusst. Die Expectoration bedeutend erleichtert.

SCHECH.

83) **Bulling. Inhalation mit phenylpropriolsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1904.*

Das Präparat ist von den Höchster Farbwerken zu beziehen und kommt in 1—3 proc. Lösung zur Verwendung in einer Quantität von je 200,0. 2 Mal täglich. B. sah guten Erfolg bei tuberculösen Geschwüren des Larynx.

SCHECH.

84) **Frese. Die Beziehungen zwischen Kehlkopf und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13t 1904.*

Neu an der Arbeit sind nur die Impfversuche an Hunden mit tuberculösem Material, das von einer Tracheotomiewunde oder vom Mund aus in die Lungen gebracht wurde; nur bei einem Hunde unter 5 gelang es, mittelst Sputum den Larynx zu inficiren; die tuberculöse Infiltration bildete sich unter dem intacten Epithel aus. F. meint, beim Menschen erfolge die Infection des Kehlkopfes nur durch des Sputum, nicht von der Blut- und Lymphbahn aus.

SCHECH.

85) **W. Gleitsmann. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *The Laryngoscope. Juni 1904.*

Verf. hält das gelegentliche Vorkommen primärer Larynxtuberculose für er-

wiesen. Er verfügt über 2 Fälle schwerster Larynxtuberculose, die mit sehr energischer Behandlung geheilt wurden und bei denen weder vorher noch nachher je das geringste Zeichen einer Lungenerkrankung nachweisbar war. Bei dem einen Fall datirt die Heilung seit 15 Jahren, bei dem anderen seit 6 Jahren. Zu den Anfangssymptomen der Kehlkopftuberculose rechnet Verf. auch gelegentlich Internusparese. Besonders verdächtig soll stets die Verdickung der Hinterwand sein; Verf. hat bisweilen nur durch den günstigen Erfolg einer Cauterisation hierbei Tuberculose ausschliessen können. Er bedient sich zu dieser Aetzung Argent. nitr., das an eine Sonde angeschmolzen ist. In anderen Fällen erweist sich das Tuberkulin als diagnostisches Hülfsmittel. Bezüglich der Behandlung weist Verf. auf die Nutzlosigkeit der Anwendung von Milchsäure bei Infiltration und intacter Schleimhaut hin. Die chirurgische Behandlung hat in geeigneten Fällen durchaus ihre Berechtigung.

EMIL MAYER.

86) **Lorenzo B. Lockard. Medicamentöse Behandlung von Kehlkopftuberculose mit besonderer Rücksicht auf die Anwendung von Formalin. (Medical treatment of laryngeal tuberculosis with special reference to the use of Formalin.)** *The Laryngoscope. October 1904.*

Ohne einer kritiklosen und in allen Fällen gerechtfertigten Anwendung des von ihm empfohlenen Mittels das Wort reden zu wollen, hält Verf. doch das Formalin für das beste — bisweilen fast specifisch wirkende — therapeutische Agens bei Larynxtuberculose und zwar aus folgenden Gründen:

1. Es übertrifft alle andern bactericiden Lösungen in einer therapeutisch verwendbaren Concentration.
2. Bei tuberculösen Geschwüren kommt es der Milchsäure an Wirkung gleich, ja übertrifft sie wahrscheinlich.
3. Seine Wirkung bei tuberculösen Wucherungen ist ausgesprochen, ebenso wirkt es sehr günstig bei Infiltraten.
4. Es besitzt etwas anästhesirende Eigenschaften.
5. Es kann ohne Bedenken in den Händen des Patienten gelassen werden.
6. Es ist bei jeder der verschiedenen Formen der Krankheit verwendbar.

EMIL MAYER.

87) **Thomas J. Gallaher. Tuberculöse Laryngitis; Prognose und Behandlung. (Tubercular laryngitis; prognosis and treatment.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. October 1904.*

Verf. räth, dem Kehlkopf täglich mehrere Male mit einer ganz schwachen Formaldehydlösung zu sprayen, sowie eine stärkere (3—5 proc.) Lösung zur lokalen Application zu benutzen, auf welche dann eine Einblasung von Aristol oder Orthoform zu folgen hat, sowie intratracheale Injection von Mentholöl. Das Formaldehyd soll stündlich in die Schleimhaut eingerieben werden. Seine Erfahrungen sind sehr günstige.

EMIL MAYER.

88) **Robert Levy. Die Prognose der Lungentuberculose. (The prognosis of laryngeal tuberculosis.)** *The Laryngoscope. October 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.



89) **W. W. Mangum. Intratrachealinjectionen bei der Behandlung von Lungentuberculose. (Intratracheal injections in the treatment of pulmonary tuberculosis.)** *Albany Medical Journal and Curbile Medical and Surgical Journal. Mai 1904.*

Es kommt eine 5proc. Lösung von Ichthyol in Leberthran zur Anwendung und zwar werden circa 4 g auf einmal ohne Hülfe des Laryngskops injicirt. Die Injectionen werden täglich gemacht; die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 4 Wochen. Von 21 Fällen werden 15 (75 pCt.) als geheilt angeführt; in 95 pCt. der Fälle war Heilung oder Besserung vorhanden. EMIL MAYER.

90) **P. S. Donnellan. Weitere Erfahrungen über Intratrachealbehandlung. (Further experiences with intratracheal medication.)** *American Medicine. 14. Mai 1904.*

Mittels einer besonders construirten Spritze werden die Medicamente bei einer Temperatur von circa 40° unter Leitung des Spiegels in den vorher cocainisirten Kehlkopf eingespritzt und zwar verwendet Verf. Creosot, Menthol, Guajacol, Camphor oder Chloreton in 1—4proc. Lösung in Olivenöl oder Glycerin. Mittheilung über fünf gebesserte Fälle. EMIL MAYER.

91) **Barrier-Bouret. Behandlung der Lungentuberculose mit intratrachealen Injectionen. (Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales.)** *Thèse de Montpellier 1904.*

Verf. giebt eine allgemeine Uebersicht über die verschiedenen Methoden der intratrachealen Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Mendel'schen Untersuchungen. Er verwirft das Vorgehen dieses Autors, sieht aber in den intratrachealen Injectionen ein wirksames Mittel zur Behandlung der Tuberculose.

A. CARTAZ.

f. Schilddrüse.

92) **H. Cristiani. Erhaltung von lebendem Thyreoideagewebe in physiologischer Kochsalzlösung. (Conservation de tissu thyroidien vivant dans l'eau salée.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 5. p. 194.*

Kleine Stückchen von Thyreoideagewebe können mit Erfolg verpfropft werden, nachdem sie einige Zeit in physiologischer Kochsalzlösung gelegen haben.

J. KATZENSTEIN.

93) **M. Doyon** und **M. Kareff. Ueber die Glandulae parathyroideae der Schildkröte. (Les parathyroïdes chez la tortue [Tortue d'Afrique].)** *C. R. Soc. de Biol. T. 56. No. 15. p. 719.*

Die Zerstörung einer Parathyroidea ist ohne Einfluss. Die Zerstörung beider Parathyroideae ruft Krämpfe hervor und führt den Tod herbei. Die Abtragung des Thyreoideakörpers ist ohne Einfluss. J. KATZENSTEIN.

94) **C. Ceni. Wirkungen der Thyreoidectomie auf die Fortpflanzungsfähigkeit und die Nachkommenschaft.** *Riv. di fren. Fasc. IV.*

Der in Folge von Läsion oder Abtragung der Schilddrüse bei den Vorfahren

auftretende Erkrankungszustand übt eine schädliche Wirkung auf ihre Geschlechtselemente (Ei und Spermatozoen) aus, welche nach der Befruchtung mehr den Eitheil, welcher zur Bildung der Eihäute bestimmt ist, als jenen, der zur Bildung des Embryonalkeims bestimmt ist, beeinflusst. Ferner entfaltet die Abtragung der Schilddrüse eine schädliche Wirkung vor allem auf die weiblichen Geschlechtsorgane, indem sie deren Fortpflanzungsfähigkeit vermindert oder hemmt. FINDER.

95) **Cantonnet. Zwei Fälle von Morbus Basedow forme fruste mit psychischen Störungen. (Deux cas de goître exophthalmique fruste avec troubles psychiques.)** *Société de neurologie. 2. Juni 1904.*

Es handelte sich um zwei Fälle von wirklicher Geistesstörung, in denen die psychischen Störungen alle anderen Symptome des Morbus Basedow überwogen.

PAUL RAUGÉ.

96) **Laiguel-Lavastine** und **P. Bloch. Morbus Basedow bei einer Tuberculösen. (Syndrome de Basedow chez une tuberculeuse.)** *Société anatomique. 10. Juni 1904.*

Im vorliegenden Fall wird der Morbus Basedow als ein Frühsymptom mit beginnender Tuberculose aufgefasst. Man fand in der Schilddrüse perilobuläre Sclerose mit excessiver Proliferation der Endothelzellen, Pleuritis der linken Lungenspitze und tuberculöse Pericarditis. PAUL RAUGÉ.

97) **Chas. H. Mayo. Thyreodectomie wegen Morbus Basedow. (Thyreodectomy for exophthalmic goitor.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juli 1904 und N. Y. Medical Journal. 17. September 1904.*

Verf. und sein Bruder haben in 130 Fällen von Struma operirt, wovon 40 Mal Morbus Basedow vorlag. Von letzteren starben 6 in Folge der Operation und zwar waren unter den ersten 15 Fällen 4 mit tödtlichem Ausgang, weil die Fälle nicht mit genügender Vorsicht zur Operation ausgewählt waren, während unter den letzten 25 Fällen nur 2 starben. Sehr schwere Fälle wurden mit Röntgenstrahlen und innerlicher Darreichung von Belladonna ein paar Wochen vor der Operation behandelt. In allen Fällen, die die Operation überlebten, war eine deutliche Besserung nachweisbar. Von ihnen machten 50 pCt. eine sehr schnelle Genesung durch, bei 25 pCt. trat diese nach einigen Monaten auf und bei 25 pCt. blieben noch einige der hauptsächlichsten Symptome bestehen. LEFFERTS.

98) **W. G. Mac Collum. Ueber den Mechanismus des Exophthalmus. (On the mechanism of exophthalmos.)** *N. Y. Medical News. 15. October 1904.*

Verf. hat einige Experimente angestellt, um die Entstehung der Protrusio bulbi zu erklären; wenn er auch zugiebt, dass die bei Thieren in Folge Störung der Circulation oder Reizung des Halssympathicus herbeigeführte Protrusio nicht ohne Weiteres der bei Morbus Basedow bestehenden identisch zu setzen sei. Aus seinen Experimenten schliesst er: Verlegung des Blutabflusses aus den Orbitalvenen führt sogleich Exophthalmos herbei, der jedoch durch Bildung eines Collateralkreislaufs wieder aufgehoben wird. Dieser Vorgang vollzieht sich jedoch so langsam, dass in der Zwischenzeit das Orbitalgewebe sowohl wie das Gewebe des

Gesichts einen ödematösen Charakter bekommt, was noch zu dem Exophthalmos hinzukommt. Vollkommen unabhängig von jeder Circulationsstörung ist der Exophthalmos, der direct durch Reizung des Halssympathicus entsteht. Dieser ist auf peristaltische Contraction des Orbitalmuskels zurückzuführen.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

99) **Tamerl** (Innsbruck). **Pemphigus des Oesophagus.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 29 resp. 34. 1904.*

Unter anderen Localisationen traten Pemphigusblasen resp. anderweitige Erscheinungen auch im Oesophagus und zwar knapp unter dem Larynx und auch in der Nähe des Hiatus auf, die mittelst ösophagoskopischer Röhre deutlichst zu beobachten waren und zu Stenosirung der Speiseröhre führten.

CHIARI.

100) **Balacescu** und **Kohn** (Bukarest). **Die äussere cervicale Oesophagotomie zur Extraction von Fremdkörpern im Oesophagus.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 72. Bd. 2. H. 1904.*

In der statistischen Arbeit (an der Hand von einem eigenen und 325 aus der Literatur gesammelten Fällen) besprechen die Verf. die Oesophagotomie und schliessen einige besondere Bemerkungen über die künstlichen Gebisse an, welche Anlass zur Oesophagotomie geben. Sie betonen, dass die Zahntechniker danach zu streben haben, technisch geeignete Schutzmittel zu finden, um in Zukunft das Verschlucken der Gebisse zu verhüten.

SEIFERT.

101) **Geribel. Fremdkörper des Oesophagus. Oesophagotomia externa. Heilung. (Corps étranger de l'oesophage. Oesophagotomie externe. Guérison.)** *Société de chirurgie. 8. Mai 1904.*

Ein grosses künstliches Gebiss wurde während des Schlafs verschluckt. Die Radiographie gab kein klares Bild. Oesophagotomia externa; Naht in 2 Etagen, Drainage, Heilung.

PAUL RAUGÉ.

102) **Barjou. Fremdkörper des Oesophagus; Perforation der Trachea. Bronchopneumonie. (Corps étranger de l'oesophage; perforation de la trachée; Broncho-pneumonie.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 24. Mai 1904.*

Der Fremdkörper war ein halber Apfel.

PAUL RAUGÉ.

103) **Marx. Complicirte Fremdkörperperforation eines Tractionsdivertikels des Oesophagus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1904.*

Kleine zeltförmige Ausziehung der Oesophagus, deren Spitze in eine kleine schwartig begrenzte Höhle mündet; oberhalb derselben und nicht mit ihr communicirend findet sich ein zweiter grösserer spaltähnlicher Hohlraum; in beiden Höhlen finden sich Knochenstückchen, eins in der grösseren Höhle, zwei in der kleineren; von den letzteren sitzt das eine an der Mündungsstelle des Divertikels, von dem anderen ragt eiue Zacke durch eine kleine Oeffnung in den Oesophagus,



daneben findet sich eine weitere rissartige Oeffnung. M. ist der Ansicht, dass der Fremdkörper zuerst den Oesophagus von innen nach aussen und dann wieder von aussen nach innen perforirt habe.

SCHECH.

III. Gesellschaftsberichte.

a) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 2. März 1904.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein stellt eine Patientin vor, die seit zwei Wochen an heftiger Dyspnoe und Heiserkeit leidet. Als Ursache für die erstere findet sich eine perverse Action der Stimmlippen, die Coordinationsstörungen in der Bewegung der Stimmlippen sind functioneller Natur. Diagnose: Hysterie.

Discussion: Roth konnte in einem ähnlichen Falle mit Bromkali Erfolg erzielen.

Glas: Histologische und anatomische Präparate jener Hypertrophien und Polypen der Kieferhöhlenschleimhaut, welche bei der breiten Eröffnung der Höhle von der Fossa canina aus (Chiari) in dem in der Februarsitzung vorgestellten Falle von Antritis maxillaris perforans atque exulcerans entfernt wurden.

Ferner eine Initialsklerose der Nasenspitze, die dadurch zu Stande kam, dass eine secundäre luetische Frau der Patientin einen Furunkel der Nasenspitze mit ungereinigten Fingern öffnete.

Discussion: Heindl und Roth berichten über einschlägige Fälle.

Menzel demonstrirt das anatomische Präparat einer zweigetheilten Stirnhöhle, wobei die Scheidewand horizontal verläuft.

Discussion: Weil meint, dass der untere Hohlraum mit der Stirnhöhle nichts zu thun hat, sondern dass derselbe eine medialwärts angelagerte Siebbeinzelle darstellt.

Sitzung vom 13. April 1904.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein berichtet über den Verlauf der Erkrankung jener Patientin mit Hysterie, die in der Märzsitzung von ihm vorgestellt wurde, dass nach einem Brechact alle Symptome schwanden, dass er in einem Falle von Pemphigus das Entstehen und Verschwinden einer grossen Blase sehen konnte, und demonstrirt einen Knaben mit einem histologisch sichergestellten Haemangiom am harten Gaumen.

Discussion: Chiari berichtet über zwei Fälle von Haemangiom, wovon eines am harten Gaumen, das andere an der Hinterfläche der Uvula sass.

Kahler stellt eine Patientin mit congenitaler, knöcherner, intranasaler Choanalatresie vor, die die untere Hälfte der Choane freilässt.

Discussion: Hanszel weist auf die Seltenheit der intranasalen Localisation hin.

Roth demonstrirt einen an der Grenze zwischen korpeligem und knöchernem Septum gestielt aufsitzenden Septumtumor, der sich histologisch als aus durchwegs neugebildeten Gefässen aufgebaut erweist und ein Angiosarkom (nach Paltauf) darstellt.

Discussion: Chiari verweist auf seine 1881 erfolgte Publication über Septumtumoren, die leicht bluteten, wonach die meisten dieser Tumoren Granulationsgeschwülste sind, mitunter aber auch Sarkome.

Marschik zeigt einen am kartilaginösen Septum breit aufsitzenden Tumor, der nach der histologischen Untersuchung eine Mischgeschwulst ist, wie sie häufig in der Parotis gefunden wird.

Roth demonstrirt eine von Rosenheim in München modificirte Beckmann'sche Cürette zur Operation adenoider Vegetationen.

Hierzu sprechen: Weil, Fein und Réthi.

Glas demonstrirt das anatomische Präparat einer Larynxphlegmone. Die Infection erfolgte durch Streptokokken. Exitus infolge Sepsis.

Discussion: Réthi, Chiari, Glas.

Sitzung vom 4. Mai 1904.

Glas stellt vor: a) eine klinisch primäre Tuberculose der unteren Nasenmuschel;

b) eine Tuberculose des Pharynx und Nasopharynx, welche im Anschluss an ein Trauma zu Stande kam.

Menzel ergänzt seine in der letzten Sitzung über die zweigetheilte Stirnhöhle vorgebrachten Bemerkungen dahin, dass es sich in diesem Falle nach genauerer Untersuchung um zwei im Stirnbein gelegene Höhlen mit selbstständigen Ausführungsgängen handelt, wovon er die obere grosse Höhle für eine abnorme Siebbeinzelle hält. Chiari-Hanszel.

---

b) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 3. December 1903.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: E. Pollacsek.

Irsai stellt einen Prolaps des Ventriculus Morgagni vor.

v. Navratil: Fall multipler Papillome, präventive Tracheotomie, Laryngofissur, Transplantation nach Thiersch.

36 Jahre alte Frau, seit 3 Jahren heiser, schweres Athmen, Nachts Erstickungsanfälle. Das Kehlkopfinnere ist mit auf breiter Basis sitzenden Pa-

pillomen erfüllt. v. N. hat nach präventiver Tracheotomie am 12. Tage den Kehlkopf eröffnet. Die dem Kehlkopfinnern ringförmig aufsitzenden Papillome wurden sammt der darunter befindlichen erkrankten Schleimhaut exstirpirt und behufs Vermeidung einer Narbenstenose Thiersch'sche Lappen transplantirt. Offene Wundbehandlung, ein Theil des Lappens heilte ein. Vortragender demonstrirt den vor 10 Tagen operirten Fall noch mit eröffnetem Larynx und wird denselben nach totaler Heilung nochmals vorstellen.

Discussion:

Tóvölgyi plädirt für das endolaryngeale Operationsverfahren.

Pollacseck: Wenn die Papillome für die endolaryngeale Entfernung keine guten Chancen geben, so ist der Kehlkopf zu eröffnen. Wenn nach der Laryngofissur und der Entfernung der Papillome die gebildete Wunde nicht von zu grosser Ausdehnung ist, so dass die Narbe die Athmung nicht gefährdet, so ist der Larynx zu schliessen, sonst aber muss die Wunde offen gehalten und ein Lappen nach Thiersch transplantirt werden.

v. Lénart hält die Transplantation nach Thiersch nur dann für nothwendig, wenn die Papillome circulär aufsitzen.

Onodi erwähnt den Fall eines 14jährigen Knaben, dessen Papillome endolaryngeal entfernt wurden. Bei eingetretener Recidive machte O. die Laryngofissur, entfernte die Geschwülste und cauterisirte mit Paquelin und trotzdem recidivirten die Papillome.

v. Navratil: Nach seinem Verfahren sah V. niemals Recidive eintreten.

Onodi: Die Papillome entwickelten sich an den früher freien Stellen.

3. E. v. Navratil: Schnittwunde des Kehlkopfes, Tracheotomie, Heilung.

45 Jahre alte Frau schnitt sich in den Hals mittelst Rasirmessers. Hochgradige Anämie. 15 cm lange und 5 cm tiefe klaffende scharfrandige Schnittwunde des Kehlkopfes, Mm. sternocleidomastoidei beiderseits durchschnitten. Ein zweiter Schnitt, 3 cm lang, in der Höhe der Stimmbänder, 1 cm tief. Sofortige Tracheotomie, Vereinigung der Kehlkopfwände, in dem linken Winkel ein Jodoformgazestreifen eingelegt. Vortr. stellt die Pat. am 7. Tage nach der Verletzung vor. Wundränder vereinigt, Schlingbeschwerden nicht vorhanden. Vortr. hebt die Wichtigkeit sofort ausgeführter Tracheotomie in ähnlichen Fällen hervor.

4. Lipscher: Papillome im Kehlkopfe.

56jähriger Landmann, seit einem Jahre heiser, jetzt stimmlos; das linke Stimmband, die vordere Commissur mit kleineren und grösseren Geschwülsten ausgefüllt. Das rechte Stimmband verdickt, geröthet. Bewegungen der Stimmbänder beschränkt.

Endolaryngeale Operation. In Anbetracht dessen, dass Papillome in diesem Alter selten vorkommen und dass das klinische Bild Papillomen nicht ganz entsprach, konnte man an Epitheliom denken. Die mikroskopische Untersuchung erwies typisches Papillom.

Carl v. Schiller: Zwei Fälle von Recurrens-Lähmung.

a) 63 Jahre alter Tischler, seit 3 Monaten heiser, Schluckbeschwerden. Herzspitzenstoss im 5. Intercostalraume in der Mammillarlinie, zweiter Aortenton accentuirt. Herzaction asystolisch, arythmisch. Radial-Arterien rigid, geschlängelt. Puls 60, klein, aussetzend, arythmisch. In der Fossa jugularis, im Epigastrium Pulsation. Der Kranke kann feste Speisen schwer schlucken. Linkes Stimmband und Aryknorpel in der Mittellinie unbeweglich, Stimmband concav excavirt.

Röntgenbild zeigt eine diffuse cylindrische Erweiterung der Aorta ascendens, welche sich auf den Aortenbogen ausdehnt, woselbst sich eine beiläufig eigrosse, nach links sehende sackartige Ausbuchtung befindet, die ganze Vergrösserung pulsirt lebhaft.

b) 32 Jahre alte Frau leidet seit Jahren an Kropf und Heiserkeit. Seit einem Jahre erschwertes Schlucken und Athmen. Das rechte Stimmband in der Mittellinie fixirt, concav.

An der Kranken wird die Strumektomie ausgeführt werden.

Sitzung vom 18. Februar 1904.

Vorsitzender: v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

1. v. Navratil: Operirter Fall eines Fibroms des Nasenrachenraumes.

17jährige Magd. Seit 2 Jahren Nasenverstopfung. Kranke athmet mit weit geöffnetem Munde; Nachts Erstickungsanfälle. Sprache kaum verständlich. Die abgeflachte Zunge nach vorne gedrängt, der weiche Gaumen stark nach vorwärts gewölbt. Beim Herabdrücken der Zunge zeigt sich eine, den ganzen Nasenrachenraum ausfüllende, blass röthlich gefärbte, glatte Geschwulst, deren Ränder die Gaumenwände berühren und deren unteres Ende unter das Niveau der Epiglottis herabreicht. Die Geschwulst ist prall, hart anzufühlen.

Präventive Tracheotomie, Abschnüren der Geschwulst mittelst einer in die Nase kalt eingeführten und vom Munde aus über die Geschwulst gewundenen und dann erglühenden galvanocaustischen Schlinge. Vollkommene Entfernung der Geschwulst. Keine Blutung. Decanülement am dritten Tage.

Vortragender stellt die vor 6 Tagen operirte Patientin vor und zeigt die 10 cm lange und 4 cm breite Geschwulst.

Discussion:

v. Lénárt meint, dass, da die Schleimhautoberfläche des Nasenrachenraumes glatt sei, es sich um einen selten grossen Schleimpolypen handle.

Morelli frägt, ob die präventive Tracheotomie unbedingt nöthig war?

v. Navratil: Den histologischen Befund wird er erbringen. Die präventive Tracheotomie musste wegen des grossen, bis in den Kehlkopf hineinragenden und Dyspnoë verursachenden Tumors ausgeführt werden.



2. Baumgarten: Prämenstruale Blutungen aus dem Kehlkopfe.

Patientin hustet seit über einem Jahr hindurch regelmässig monatlich einen Tag lang Blut, den anderen Tag tritt genau die Menstruation ein. Seit 4 Monaten fehlt dieses Symptom, da Patientin gravid geworden ist. Die Blutung muss also als eine prämenstruale bezeichnet werden.

3. Derselbe: Rechtsseitige Stimmbandlähmung aus unbekannter Ursache.

Bei einem 18jährigen Arbeiter ist das rechte Stimmband beinahe in der Mittelstellung fixirt, daher im zweiten Stadium der Recurrenslähmung. Lungen, Mediastinum, Herz und Gefässe normal, Sputumuntersuchung negativ. Patient arbeitet in einer Zündhölzchenfabrik. Bisher ist es unbekannt, dass Phosphor Lähmungen erzeugen kann.

Discussion:

Pollacsek fand bei dem Kranken eine dem II. Intercostalraum entsprechende circumscripte Dämpfung.

Zwillinger: Schrumpfungsvorgänge an der rechten Lungenspitze sind klinisch oft nicht auszuschliessen.

v. Navratil: Es kann sich auch um ein vor der Hand noch nicht nachweisbares Aneurysma handeln wie in einem seiner Fälle.

Baumgarten: Vielleicht ist die Lähmung durch den Druck seitens einer Drüse verursacht, doch ist der intoxicatorische Ursprung nicht abzuweisen.

4. Baumgarten: Exophthalmus, Ptosis und Diplopie, bedingt durch Ulceration des Septums.

Patient hat an dem entsprechenden Septum ein luetisches Geschwür. Nach Jodkali und localer Behandlung des Geschwürs bildeten sich Ptosis und Diplopie zurück und auch der Exophthalmus ward geringer.

Vortragender hält es für wahrscheinlich, dass von so einem Geschwür aus eine Infection erfolgt und die Lymphbahnen sowie auch die Halsdrüsen anschwellen, das retroorbitale Gewebe infiltrirt wird und diese Symptome erzeugt werden.

5. Derselbe: Keratosis laryngis.

Patient ist seit einem Jahre heiser, sonst gesund. Am laryngealen Theile der Epiglottis, an den falschen und wahren Stimmbändern und auch unter diesen sieht man kleinere und grössere, kugelige weisse Erhabenheiten, die mit dem Pinsel nicht abzuwischen sind. Im Mikroskop keine Mycelien, nur fibrinöse Massen und verhornte Schichten. Nach Salicyl-Alkohol-Pinselungen Besserung.

6. v. Schiller: Fall von circulärem Papillom auf endolaryngealem Wege operirt.

52 Jahre alter Mann ist seit 10 Jahren heiser. Grosse Geschwulst, welche den ganzen Kehlkopfeingang einnimmt, blassroth, warzenartig, blumenkohlähnlich. Histologische Untersuchung Papillom.

Nach 5maliger endol. Operation Entfernung der Geschwulst.

Vortragender war bestrebt, auch die unterliegende Schleimhaut, zur Verhütung einer Recidive, mit zu entfernen.

In ähnlichen Fällen, wenn noch Dyspnoë vorhanden, wäre nach v. Navratils Anrathen, vorhergehende Tracheotomie, Laryngofissur mit radicaler Ausräumung des Kehlkopfes und Entfernung der unterliegenden Schleimhaut vorzunehmen.

7. E. Tóvölgyi: Operirter Fall von Kehlkopfpapillom mit mikroskopischen Präparaten.

46jähriger Mann, seit 2 Monaten schweres Athmen, rechts eine schneeweisse, bohnenförmige Geschwulst mit zahlreichen spitzigen Zotten. Stimmritze nur in dem inneren Drittel von einigen Mm. frei. Endolaryngeale Operation in 6 Sitzungen. Nach einem Monate Recidive. Abermalige endolaryng. Operation mit nachfolgender Milchsäurebehandlung. Mikroskopisches Präparat zeigt zellreiches keratoides Gewebe. v. Navratil.

---

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Januar 1904.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Kelson: Fall von Deformität im Pharynx bei einer 38jährigen Frau.

Die hinteren Gaumenbögen verlaufen zu der Mittellinie der hinteren Pharynxwand. Die Veränderung ist wahrscheinlich eine Folge von Ulcerationen während des Scharlachfiebers.

Logan Turner: Oedem und Infiltration von Uvula, linker Hälfte des Gaumensegels und Pharynx. Infiltration der Epiglottis und beider Aryknorpel.

Ein 44jähriger Mann war mitten im besten Wohlsein von einer acuten Entzündung im Hals befallen worden, die die Tracheotomie nöthig machte. Turner stellte bei der wenige Tage nachher vorgenommenen Untersuchung das Oedem der oben bezeichneten Theile fest. Am 10. Tage konnte Pat. ohne Canüle athmen. Die ödematösen Theile hatten eine blasse Farbe. Antisyphilitische Behandlung hatte keinen Erfolg. Die mikroskopische Untersuchung eines von der Rachenwand entnommenen Stückchens ergab nichts ausser ödematöser Durchtränkung des Bindegewebes, Füllung der Blutgefässe und stellenweise Anhäufung der Rundzellen in den Gewebsmassen. Der Fall gleicht dem von Sir Felix Semon im November 1902 vorgestellten.

Sir Felix Semon betont, dass in seinem Fall die Vertheilung des Oedems nicht so allgemein war, auch fehlt hier die für den damals vorgestellten Fall charakteristische gelbe Farbe.

Kelson: Epitheliom des Cricoidknorpels.

Patientin ist eine 30jährige Frau.

Atwood Thorne: Bösartige Neubildung in der Nase.

Bei dem 70jährigen Patienten fand sich eine das rechte Nasenloch verlegende Geschwulstmasse; Untersuchung ergab, dass es sich um ein Epitheliom handelte.

Betham Robinson: Syphilitische Nekrose des Keilbeins.

Pat. ist ein 26jähriger Mann, der vor 6 Jahren sich syphilitisch inficirt hat. Seit 2 Jahren heftige Kopfschmerzen, eitriger Ausfluss aus der rechten Nase und Schwellung in der rechten Temporalgegend. Mittels der Rhinoskopia posterior sah man einen von Polypen umgebenen Sequester; mit der Palpation konnte man feststellen, dass der innere Theil der Pterygoidplatte in Nekrose war. Verf. leitete eine antisyphilitische Behandlung ein, nach der die Schmerzen nachliessen und die Schwellung abnahm. Er will abwarten, bis der Sequester sich mobilisirt.

Sir Felix Semon hat einen ähnlichen Fall beobachtet, in dem der Sequester auch beweglich wurde; er warnt vor Extractionsversuchen.

Betham Robinson: Linksseitige Posticuslähmung.

Der Fall betrifft eine 31jährige Frau. Es sind unbestimmte Symptome von Syphilis vorhanden. Die Aetiologie des Falles ist nicht klar.

Watson Williams denkt an eine Forme fruste von Tabes mit Bulbärsymptomen, da der Pat. Tachycardie und Romberg'sches Symptom aufweist.

Permewan und D. Grant meinen, das Stimmband stehe in Cadaverstellung.

Pegler: Scheidewandverbiegung.

In diesem Fall hochgradiger Deviation war bereits vor 4 Jahren eine Operation gemacht worden und nach Fortnahme des Knorpels und Knochens im Bereich der Verbiegung war nur das Mucoperichondrium auf der concaven Seite stehen gelassen. Die distalen und proximalen Enden des stehen gebliebenen Knorpelrestes wurden durch eine einige Zeit in der Nase gelassene Cautschukeinlage in ihrer Lage gehalten. Bemerkenswerth ist, dass von dem Mucoperichondrium aus sich kein neuer Knorpel gebildet hat.

Hunter Tod hat gefunden, dass 6 Monate nach der Operation die Scheidewand viel härter war, als unmittelbar nach derselben, wenn auch nicht absolut fest.

De Santi: Fall von Kehlkopfschwindel.

Der Kranke, ein 55jähriger Mann, ist der Gesellschaft bereits im März 1899 durch Atwood Thorne vorgestellt worden. Die Anfälle von Husten mit nachfolgendem Schwindel und halber Bewusstlosigkeit, sowie von heftiger Dyspnoe haben seit jener Zeit angehalten. Diese waren oft so stark, dass man vor der Frage der Tracheotomie stand. Das rechte Stimmband ist in seiner Auswärtsbewegung beeinträchtigt.

W. G. Spencer: Tertiäre Syphilis des Kehlkopfs mit Stenose.

Sp. hat den Kranken der Gesellschaft vor 4 Jahren vorgestellt; es war damals wegen starker Stenose die Thyreotomie gemacht und das Narbengewebe entfernt



worden. Patient ist bisher seiner Beschäftigung nachgegangen, ohne irgendwie durch Athemstörungen belästigt zu werden. Er nimmt jedes Jahr 6 Wochen lang Jodkali.

Saint Clair Thomson: Völlige Lähmung des linken Stimmbandes.

Pat. ist eine 36jährige Frau; die Lähmung begann vor 2 Jahren. Das gelähmte Stimmband ist schlaff.

Derselbe: Zwei Fälle von blutendem Septumpolyp.

In beiden Fällen handelte es sich um kleine dem knorpligen Septum gestielt aufsitzende Tumoren. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um Angiofibrome handelte. Es erfolgte kein Recidiv.

Tod, Tilley, der Vorsitzende, Kelson, Grant und Milligan berichten über hierher gehörige Fälle, in denen nach Entfernung des Tumors und gründlicher Cauterisation seiner Basis kein Recidiv erfolgt war.

Butlin: Epitheliom des Ringknorpels und des Oesophagus. Operation.

Der 44jährige sehr robuste Kranke leidet seit 10 Monaten an einem Carcinom der Ringknorpelplatte, das in den Oesophagus sich hinüberstreckt. Es bestand starke Drüsenschwellung im Nacken. Auf Wunsch des Patienten wurde eine Operation unternommen. Es wurde eine mediane Incision vom Zungenbein bis zum 3. Trachealring gemacht, dann ein Verticalschnitt in Höhe des Schildknorpels. Dann wurden die am Schildknorpel inserirenden Muskeln durchtrennt, sodass der Kehlkopf um seine Längsachse gedreht und seine Hinterfläche in das Gesichtsfeld gebracht werden konnte. Nachdem die Tracheotomie gemacht war und eine Hahn'sche Canüle eingeführt war, wurde der Oesophagustumor, der nur die vordere und linke Wand des Rohrs befallen hatte und mit der Hinterfläche des Larynx nicht verwachsen war, leicht entfernt. Bevor genäht wurde, wurde eine Oesophagussonde zum Zwecke der Ernährung des Kranken in die Wunde eingeführt. Neun Tage später wurden die Drüsen mittels einer zweiten Operation entfernt; dabei wurde der Sternocleido-Mastoideus und die Vena jugularis interna resecirt. Vier Monate später Recidiv. B. erwähnt noch 2 ähnliche von ihm gleichfalls ohne Erfolg operirte Fälle; er betrachtet diese Fälle als hoffnungslos. Es müsste denn die Diagnose sehr frühzeitig gestellt werden.

Sir Felix Semon hält diese Operationen, wenn sie von dem Patienten gewünscht werden, für gerechtfertigt, und erinnert an den Erfolg in den Gluck'schen Fällen. Immerhin bleibt der Zustand des Patienten, auch wenn er geheilt wird, oft ein bejammernswerther, worauf man seine Umgebung vor de Operation aufmerksam zu machen hat.

Watson Williams äussert sich in gleichem Sinne.

Shrubsall stellt für Percy Kidd einen Tumor am vorderen Ende des linken Stimmbands vor.

Patient ist tuberculös; der Tumor hat ein gelbes Aussehen und ist weich.

Dundas Grant: Fibrom am vorderen Ende des linken Stimmbands, theilweise mit der Zange und vollständig mittelst Galvanokaustik entfernt.

Die vollständige Entfernung des Tumors liess sich mit der Zange nicht ausführen, mit einem spitzen Galvanokauter wurde der Rest der Geschwulst völlig beseitigt.

Dundas Grant: Atrophie und Ansaugung der Nasenflügel mit Paraffininjectionen behandelt.

Bei der 29jährigen Patientin war die Nase sehr eng; die Nasenöffnungen waren zu zwei schmalen Ritzen reducirt, bei der Inspiration wurden sie völlig angesaugt. G. hat subcutane Paraffininjectionen gemacht, wobei er die Nadel ungefähr in der Mitte des freien Randes jedes Nasenflügels einstach, während ein Finger in das Nasenloch eingeführt wurde. Das Resultat war, dass die Nasenflügel genügend weit wurden und die Nasenflügel bei gewöhnlicher Atmung nicht mehr angesaugt wurden.

Sir Felix Semon und Butlin sprechen über die Schwierigkeit, die Dosirung nach Wunsch zu controliren.

Tilley theilt seine Erfahrungen über Anwendung von Paraffininjectionen bei Depression nach Stirnhöhlenoperationen mit. In einem Fall war wegen verzögerter Wundheilung eine Nachoperation nöthig.

Milligan betont die Gefahren der Paraffininjectionen und weist besonders auf das Wandern des eingespritzten Paraffins hin.

Dundas Grant zeigt Photographien eines Falls von Nasendeformität, die mit Paraffininjectionen behandelt ist.

Hunter Tod: 1. Fibrom der linken Stimmlippe bei einer 31jährigen Frau. 2. Sarkom des Nasenrachens.

Der Tumor ging wahrscheinlich vom Siebbein aus, verlegte die Tubenmündung; es bestanden grosse Drüsenanschwellungen am Hals.

Betham Robinson: Diaphragmaähnliche Verwachsung zwischen dem hinteren Theil der Zunge und der hinteren Pharynxwand.

Auf Syphilis zurückzuführen. Es besteht in dem Diaphragma eine Oeffnung von der Grösse eines Sixpence-Stückes.

Watson Williams: Kehlkopftumor.

Bei der 42jährigen Patientin findet sich eine der Epiglottis breitbasig aufsitzende runde Geschwulst, da wo das rechte Taschenband ansetzt. W. hat an derselben Stelle vor 6 Jahren ein Fibrom entfernt.

Sitzung vom 5. Februar 1904.

Vorsitzender: Charters Symonds.

Eugene Yonge: Prof. Edmund Meyers Apparat zur Demonstration des Kehlkopfbildes.

Verf. ist damit beschäftigt, an dem Apparat eine Modification anzubringen, durch die er billiger werden soll.

Derselbe: Mikroskopische Präparate von Knochen und Weichtheilen in einem Fall von Polypen.

Die Präparate sind durch Autopsie von einem 52jährigen Mann gewonnen. Die Polypen fanden sich am vorderen Ende der mittleren Muschel. Es bestand keine Periostitis oder rareficirende Osteitis.

Lambert Lack sagt, dass ihm der Knochen sclerosirt erscheint. Er weist darauf hin, dass seiner Meinung nach Untersuchungen an Leichen zum Studium dieser Verhältnisse nur sehr bedingt zu verwerthen seien.

Burt: Ein Fall von zweifelhaftem gutartigen Rotz bei einem 49jährigen Mann.

Patient ist vor einem Jahr von einem Pferd gebissen worden. Es besteht Nasenverstopfung und Ausfluss aus der Nase. Man sah 3 Monate allgemeine Schwellung des Naseninnern, der hinteren Pharynxwand, des Gaumensegels und der Mandeln. Später hatte Patient ein Erysipel und acute Mittelohrentzündung. Der Rotzbacillus ist nicht gefunden worden.

Lambert Lack: Carcinom der Tonsille.

Bei dem 63jährigen Patienten bestand eine grosse Ulceration der linken Tonsille, die auf das Gaumensegel übergriff. Mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Die Operation wurde in 4 Phasen gemacht: 1. Eröffnung des vorderen Halsdreiecks, Ausräumung der geschwollenen Drüsen, Abtragung des Fetts und der Fascie, temporäre Unterbindung aller grossen Gefässe. 2. Tracheotomie. 3. Incision der Wange vom Mundwinkel bis zum aufsteigenden Oberkieferast. 4. Excision des Tumors und des umgebenden Gewebes vom Munde aus. Darnach wurde die Gefässligatur entfernt und die Halswunde geschlossen, die Trachealtube entfernt. Patient befindet sich 8 Monate nach der Operation wohl.

Derselbe: Fall von Endotheliom des Kehlkopfs.

Es handelt sich um eine 50jährige Frau mit tertiärer Syphilis der Zunge, des Gaumens und des Larynx. Alle diese Theile waren verdickt und verhärtet; die Epiglottis war zum Theil zerstört. Von der Vorderfläche des linken Larynxknorpels sprang eine grosse ödematöse Masse in das Lumen hervor. Infolge Dyspnoe wurde die Tracheotomie nöthig. Später wurde die Laryngofissur gemacht, um den Tumor, dessen endolaryngeale Entfernung nicht gelungen war, auf diese Weise zu entfernen. Bei dieser Operation fand man an der Aussenfläche des Schildknorpels eine neue Tumormasse von anscheinend maligner Natur. Mikroskopische Untersuchung eines entnommenen Stückchens ergab die Diagnose

Endotheliom. Die Wunde wurde gleich. geschlossen. In den letzten 3 Monaten ist Patient etwas gebessert.

Derselbe: Endotheliom der Highmorshöhle.

50jähriger Mann mit tertiärer Syphilis. Im hinteren Theil des Gaumengewölbes bestand eine mit dem Antrum communicirende Perforation. Während der Behandlung entstand eine Schwellung in der rechten Fossa canina und in der Nase fand sich unterhalb der unteren Muschel eine blasse, unregelmässige, leicht blutende Masse. L. vermuthete Sequesterbildung im Antrum, eröffnete die Höhle breit von der Fossa canina aus und fand sie ausgefüllt von einem weichen gelatinösen Tumor. Mikroskopische Untersuchung eines Stückchens ergab, dass es sich um ein Endotheliom handelte. Es fanden sich kubische, stellenweise zu Haufen zusammenliegende Zellen, das Centrum der Zellstränge war bisweilen degenerirt, so dass ein von Schleim erfüllter alveolärer Raum blieb. Die Präparate ähnelten sehr denen der normalen Schilddrüse.

Derselbe: Exostose der Siebbeinregion mit Nasenpolypen.

Das Anfangssymptom bei der 22jährigen Patientin war Ptosis, danach zeigte sich am inneren Augenwinkel eine knochenharte Anschwellung, die Protrusio bulbi verursachte. Man vermuthete Siebbeinempyem. Bei der vom inneren Orbitalrand aus gemachten Operation fand man einen Knochentumor von elfenbeinharter Beschaffenheit. An demselben sassen einige Nasenpolypen.

Furniss Potter: Recidivirende Kehlkopfpapillome.

Seit 4 Jahren bestehen bei dem 28jährigen Mann recidivirende Kehlkopfpapillome, die alle 4—5 Wochen einen endolarygealen Eingriff nötig machten. Nur so ist es möglich, dem Patienten eine leidliche Stimme zu erhalten. Locale Anwendung von Salicyl- und Chromsäure hat kein Resultat gegeben.

Grant räth zu Applicationen von Formalin.

Atwood Thorne: Völlige Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes.

Das linke Stimmband steht fast in Mittelllinie unbeweglich. Es bestanden Anzeichen von Aortenaneurysma.

Donelan, Tilley, De Santi berichten über Fälle, in denen allein die Untersuchung mit Röntgenstrahlen zur Diagnose eines Aneurysmas führte.

Powell glaubt, da sich am Hals des Pat. Narben von einer augenscheinlich früher ausgeführten Drüsenoperation finden, dass Mediastinaldrüsen die Ursache der Lähmung sein können.

Carson hält rein centrale Läsion für wahrscheinlich, da auch der Facialis und Hypoglossus afficirt sind.

Atwood Thorne: Schmerzparoxysmen vom Kehlkopf ausgehend.

Pat. hat vor 8 Tagen angeblich einen Knochen verschluckt. Im Larynx fand sich nichts Pathologisches. Die Berührung eines hinter der Tonsille gelegenen Punktes löste einen Schmerzanfall aus. Wahrscheinlich Neurasthenie.

Atwood Thorne: Larynxtumor.

Bei der 45jährigen Patientin sieht man die rechte Stimmlippe verdickt durch einen von dem darüberliegenden Taschenband ausgehenden grauen, mit der Sonde abhebbaren Tumor. Ein kleinerer Tumor in der vorderen Commissur. Aus der Anamnese Verdacht auf Syphilis.

Saint-Clair Thomson, Smurthwaite, Potter halten den Fall für Tuberculose.

Carson: Kehlkopfgeschwür bei einem Phthisiker.

Die Diagnose schwankt zwischen Tuberculose und maligner Erkrankung.

Donelan: Fractur der Scheidewand und Einsinken der Nase, durch Operation und Paraffininjection gebessert.

Dundas Grant: Fall von Fixation des rechten Stimmbands mit starken Schluckschmerzen. Tuberculöse Perichondritis.

Es bestanden tuberculöse Veränderungen an beiden Lungenspitzen. Beide ary-epiglottischen Falten waren infiltrirt. Das rechte Stimmband steht unbeweglich. Vermutliche Diagnose: Tuberculöse Perichondritis des rechten Aryknorpels. Es wird die Frage aufgeworfen, ob der Aryknorpel entfernt werden soll.

Symonds hält eine maligne Erkrankung im oberen Theil des Oesophagus nicht für ausgeschlossen.

Dundas Grant: Chronisches Kehlkopfödem.

Es handelt sich um die am 6. Februar 1903 vorgestellte Patientin. Es ist unter Hg-Behandlung erhebliche Besserung eingetreten.

Ulceration des Pharynx mit Halsfistel und Oedem der rechten Larynxhälfte.

Es handelte sich um syphilitische Perichondritis der Aryknorpel nebst gummöser Infiltration der Gewebe des Halses und tertiärer Ulceration des Pharynx.

E. B. Waggett.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Juni 1904.

Davidsohn stellt ein 12jähriges Mädchen vor, das neben Lupus der rechten Schulter einen solchen des Zahnfleisches des Oberkiefers, des Nasenrachens, des harten und weichen Gaumens, Tuberculose des Larynx aufweist.

Discussion über den Vortrag Grabower's: Ueber die besondere Hinfälligkeit der Erweiterer der Stimmritze.

Katzenstein bemängelt, dass Grabower nicht das Verhältniss der Nervenfasern zu den Muskelfasern der einzelnen Muskeln festgestellt hat. K. schreibt den physiologischen Untersuchungen und Versuchen ein vielleicht grösseres Ge-

wicht zu als den anatomischen Grabower's, und die klinischen und experimentellen Untersuchungen sind in ihrem Werthe nicht zu unterschätzen.

Das Quantum der Nervenfasern ist nicht maassgebend für die Degeneration der Muskeln: wenn ein Nerv gedrückt wird, so verhalten sich alle von ihm versorgten Muskeln gleichmässig.

Grabower: Da die Serienschnitte ein genaues Bild geben, so ist es nicht nöthig, das Verhältniss der Nerven- zu den Muskelfasern besonders festzustellen. Physiologische Thatsachen geben wohl einen Beweis, aber keine Erklärung. Es ist nicht richtig, dass das Quantum der Nervenfasern keinen Einfluss auf die Functionslähmung habe.

Klemperer: G.'s Thatsachenmaterial erlaubt noch nicht seine Schlüsse. Wenn die Nervenfaserzahl geringer ist, so ist noch nicht die Vulnerabilität grösser. K. fand die Endkörperchen im Lateralis, wie sie G. gefunden hat. Das Verhältniss der letzten Endigungen der Nerven im Muskel ist noch unsicher.

B. Fränkel: Die Abschätzung der nervösen Impulse vom Centrum ist nicht möglich; daher ist G.'s Arbeit nicht schlüssig für die nervöse Kraft, die dem Muskel zu Theil wird. Ob der Druck auf den Nerven flächenhaft, einseitig oder concentrisch einwirkt, immer resultirt dieselbe Erscheinung; man muss hier auf die Physiologie recurriren.

Grabower: Da der Posticus weniger Nervenfasern enthält, so wird auch bald die Gesammtzahl derselben leitungsunfähig. Wenn die Schädigung durch alle Wurzeln hindurchgeht, so degenerirt der Posticus schneller und total, während in den Adductorenkernen sich noch intacte Stellen finden.

Schlungbaum: Demonstration zur Anatomie der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle.

S. zeigt vier Präparate, die seltene Beziehungen zwischen hinteren Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle aufweisen:

I. 1. Die Keilbeinhöhle ist sehr klein und hat im frontalen Durchmesser eine Ausdehnung von ca. 1 cm, in den anderen Durchmessern von ca. $^1/_2$ cm. Sie wird von einer sehr grossen Siebbeinzelle überlagert, die von der Lamelle der mittleren Muschel durch den Keilbeinkörper in das Os basilare bis zu einer Entfernung von 1,5 cm vom Foramen occip. magn. sich erstreckt.

2. Die linke hinterste Siebbeinzelle geht seitlich von der Keilbeinhöhle noch 1 cm weit nach hinten von ihr.

3. Eine median von den anderen gelegene Siebbeinzelle erstreckt sich nach hinten mitten zwischen beide Keilbeinhöhlen.

4. Die rechte Keilbeinhöhle ist in zwei gesonderte Theile getrennt, die sich in den Rec. sphenoethmoid. öffnet; die laterale Abtheilung besitzt ausserdem eine breite Verbindung mit einer hinteren Siebbeinzlle, deren Oeffnung im obersten Nasengang zwischen mittlerer und oberer Siebbeinmuschel sich befindet.

II. 1. Die Keilbeinhöhle erstreckt sich weit in beide Wurzeln des kleinen Keilbeinflügels; der Canal. optic. zeigt an seiner oberen in die Höhle hineinragenden Wand eine grosse Dehiscenz.



2. Die Keilbeinhöhle geht nach vorne unten an den Sin. maxill. heran und buchtet sich in ihn hinein.

Treitel: In welchem Alter zeigt sich zuerst die Ozaena?

T. bespricht die Aetiologie der Ozaena und giebt bezüglich des Alters der an Ozaena erkrankten Kinder eine literarische Uebersicht. Er sah eine Atrophie der Nasenschleimhaut bei einem 4jährigen Mädchen, Ozaena bei einem 6jährigen und bei zwei Geschwistern von 6 und 8 Jahren.

Heymann: Adenoide Vegetationen verhindern eher die Entstehung der Atrophie und Ozaena, als dass sie sie begünstigen; beide Erkrankungen bestehen selten nebeneinander.

Sitzung vom 11. November 1904.

Herzfeld demonstrirt einen Naseninhalationsapparat, den er neben der Anwendung von Cocain und Adrenalin besonders bei acuten Stirnhöhleneiterungen in Gebrauch nimmt, bei denen das Ostium verstopft ist.

An dem gewöhnlichen Inhalationsapparat ist ein längliches, nach vorn abgebogenes, birnförmig endendes verschiebliches Rohr angebracht, dessen hinteres Ende einen Schlitz aufweist, so dass es über den Zerstäubungswinkel hinausgeschoben werden kann und in Folge dessen die Dämpfe warm in die Nase gelangen.

B. Fränkel stellt einen 42jährigen Patienten vor, bei dem ein linksseitiger geringer Exophthalmus besteht; das Runzeln der Stirne gelingt links weniger vollkommen als rechts; die linke Wange wird weniger aufgeblasen als die rechte; die Zunge ist links atrophisch; es fehlt links der M. pector. maj. und sternocleidom. und cucullaris. Eine Sensibilitätslähmung ist nicht nachweisbar, der Patient klagt aber über Taubsein an verschiedenen Stellen. Links ist der Geschmack gelähmt.

Die Sensibilität des Pharynx und Larynx ist links erloschen und herabgesetzt; Lähmung des linken Velum palat.

Das linke Stimmband steht unbeweglich in Cadaverstellung und in demselben Niveau wie das rechte; dieses geht bei der Phonation über die Mittellinie hinaus an das gelähmte.

Patient schluckt schwer, aber objective Zeichen einer Oesophaguslähmung sind nicht vorhanden. Er leidet an gastrischen Krisen und zeigt Pulsbeschleunigung. Es ist also der N. vagus, der linke hypogl. glossophar., access. und thorac. long. gelähmt.

Im Nasenrachen findet sich auf der linken Seite ein harter, mit der Wirbelsäule verwachsener Tumor, der wohl in das Schädelinnere gewachsen ist und dadurch die geschilderten Symptome hervorgerufen hat. Ueber seine Natur lässt sich nichts sicheres aussagen. Jodkali und Arsen haben nichts genutzt, eine Inunctionscur hat einige kleine Erscheinungen gebessert, aber keine wesentliche Besserung gebracht.

E. Meyer zeigt einen Larynxtumor, den er vor kurzem endolaryngeal entfernt hat. Derselbe hatte sich innerhalb 8 Wochen entwickelt und Heiserkeit und Athembeschwerden verursacht. Man sah laryngoskopisch aus beiden Ventrikeln wie Nasenpolypen aussehende Tumoren herauswachsen, die etwa $^2/_3$ des Kehlkopfes ausfüllten. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine sehr erhebliche Verdickung des Oberflächenepithels, zwischen dessen Zellen sich, dieselben auseinanderdrängende, homogen gefärbte Massen (wahrscheinlich Lymphe) bemerkbar machten. Die Gewebsschicht unter dem Epithel zeigt ein Canalsystem, das er für Lymphcanäle anspricht. Es handelt sich also wahrscheinlich um ein Lymphangiom.

Börger zeigt einen Patienten mit syphilitischer, fast totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand, Perforatio septi, Verwachsung des Septum mit der linken unteren Muschel und glattem Zungengrunde.

Unter Cocainanästhesie wurde mit dem Fränkel'schen Messer das Velum abgelöst und die so geschaffene Oeffnung erst katheterisirt und dann durch einen durchlöcherten Obturator offen gehalten, den Patient noch trägt.

A. Meyer demonstrirt eine aseptische Durchleuchtungslampe; der von dem Patienten in den Mund zu nehmende Theil kann abgeschraubt und ausgekocht werden. A. Rosenberg.

---

e) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

29. Sitzung vom 2. März 1904.

Vorsitzender: Schmiegelow.
Schriftführer: Jörgen Möller.

I. Grönbech: Fall von latentem Nebenhöhlenleiden mit Exophthalmus und Amaurose.

Ein 51jähriger Mann mit Exophthalmus, vollständiger Amaurose und Parese mehrerer motorischer Nervenäste des linken Auges. Ophthalmoskopisch nichts Abnormes. Keine Symptome von Seiten der Nase. In der linken Nasenhälfte Schleimpolypen und theilweise Caries der unteren Muschel, welches alles entfernt wird; alsdann sickert Eiter aus den Siebbeinzellen hervor, diese und die Keilbeinhöhle werden ausgeräumt, wonach die Parese und der Exophthalmus schwinden; die Amaurose besteht unverändert. Es bleibt noch ein vorhandenes Empyem der Kieferhöhle zu eröffnen.

II. Grönbech: Laryngitis chronica foetida bei einem Patienten mit Rhinitis atrophica foetida.

Ein 18jähriger Schlosserlehrling mit Ozaena hat einen chronischen Kehlkopfkatarrh; mehrmale Erstickungsanfälle. Unterhalb der Stimmbänder ein von schwarz-grünen Krusten gebildetes Diaphragma mit kaum federkielgrosser Oeffnung. Durch Einspritzen von Salzwasser wurden die Krusten entfernt. Trotz der ein halbes Jahr fortgesetzten Behandlung mit allen möglichen Mitteln gelingt

es nicht, die Krustenbildung zu beseitigen, während sich die Nasenhöhle ganz gut reinhalten lässt. Es besteht Foetor aus dem Halse, nicht aber aus der Nase. Beträchtliche Anästhesie der Kehlkopfschleimhaut.

Alle übrigen Mittheilungen otologischer Natur. Jörgen Möller.

IV. Briefkasten.

Das Garcia-Jubiläum.

Für das D. v. am 17. März stattfindende Garcia-Jubiläum ist folgende Festordnung in Aussicht genommen worden:

1. Um 12 Uhr Mittags Empfang der Deputationen seitens des Jubilars, Ueberreichung der Adressen und des gemeinsamen Ehrengeschenks.

2. Um 4 Uhr Nachmittags Festsitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft.

3. Um 7,30 Abends Festmahl, an dem der Jubilar theilzunehmen hofft.

Weitere Details werden in der Februar- resp. Märznummer des Centralblatts gegeben werden.

Die Laryngologie und der internationale medicinische Congress zu Lissabon im Jahre 1906.

(Folgender Brief bedarf keiner besonderer Erläuterung.)

Brief Sir Felix Semon's an den Präsidenten des britischen vorbereitenden Comité's für den internationalen medicinischen Congress in Lissabon.

London, 19. December 1904.

Lieber Dr. Pavy!

In Beantwortung meines Briefes, der Sie davon in Kenntniss setzt, dass ich von der Mitgliedschaft des britischen vorbereitenden Comités für den internationalen medicinischen Congress in Lissabon zurücktrete, fragen Sie mich sehr freundlicherweise, ob der folgende Satz im letzten officiellen Bulletin des Organisationscomités mir nicht genüge:

„Eine letzte Mittheilung dürfte viele Aerzte interessiren: die Theilung der Section XII in zwei Sub-Sectionen — die Laryngo-Rhino-Otologie und die Stomatologie“.

Es ist gerade diese Bestimmung, welche mich veranlasst hat, meine Resignation einzusenden.

Die Verhältnisse liegen folgendermaassen: Seitdem der Laryngologie im Jahre 1881 bei dem Londoner internationalen medicinischen Congresse eine unabhängige Stellung eingeräumt worden ist, sind mit alleiniger Ausnahme des Berliner Congresses im Jahre 1890 jedes Mal von den Organisationscomités der verschiedenen internationalen medicinischen Congresse Versuche gemacht worden, die Laryngologie entweder in eine geringere Stellung herabzudrücken, als sie anderen anerkannten Specialitäten zu Theil geworden ist, oder sie gegen unsere Wünsche mit der Otologie zu verbinden. Verschiedentlich sind diese beiden Versuche mit einander combinirt werden. Allerdings haben bei jeder dieser Gelegenheiten diese Bemühungen darin geendet, dass die Organisationscomités ihre ursprünglichen Beschlüsse zurückzunehmen, und der Laryngologie die Stellung einer vollen unab-

hängigen Section einzuräumen gezwungen worden sind, aber die uns bei allen diesen Gelegenheiten aufgezwungenen Kämpfe sind darum nicht weniger demüthigend und erbitternd gewesen.

Im Jahre 1900 fassten elf der bedeutendsten laryngologischen und otologischen Gesellschaften der Welt, von dem Wunsche beseelt, den Organisationscomités zukünftiger internationaler medicinischer Congresse die berechtigten Wünsche der Laryngologen und Otologen in nicht misszuverstehender Weise bekannt zu geben, folgende zwei Beschlüsse:

1. Dass jeder dieser beiden Specialitäten bei den inernationalen medicinischen Congressen und bei ähnlichen Gelegenheiten die Stellung einer vollen und unabhängigen Section gebührt;

2. Dass diese beiden Specialitäten bei diesen und ähnlichen Gelegenheiten nicht in eine einzige Section verschmolzen werden sollten.

Diese Beschlüsse wurden in einer combinirten Sitzung der beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie des Pariser Congresses erwogen und von einer überwältigenden Majorität angenommen. Ausserdem drückte ich bei einer Sitzung der Ehrenpräsidenten jenes Congresses unsere zuversichtliche Erwartung dahin aus, dass bei zukünftigen Gelegenheiten unsere berechtigten Wünsche respectirt werden würden.

Nichtsdestoweniger wurde wiederum schon bei der nächsten Gelegenheit, dem Madrider internationalen medicinischen Congresse, ein erfolgloser Versuch gemacht, die beiden Sectionen für Laryngologie und Otologie mit einander zu verschmelzen, und dieser Beschluss wurde erst rückgängig gemacht, als die Autoritäten jenes Congresses fanden, dass ein Beharren auf ihm unzweifelhaft zu einem Misslingen ihrer Absicht führen würde.

Jetzt haben die Autoritäten des Lissaboner Congresses, statt sich durch die Erfahrung ihrer Vorgänger bei den Congressen von Kopenhagen, Washington, Rom, Moskau, Paris und Madrid eines Besseren belehren zu lassen, dieselben noch übertrumpft, und zunächst versucht, die Laryngologie, Rhinologie und Otologie mit der Zahnheilkunde — denn das ist es, was unter dem neuartigen Ausdruck „Stomatologie“ gemeint ist — zusammenzukoppeln, und dann, nachdem sie anscheinend herausgefunden haben, dass dieses Arrangement unausführbar ist, zu dem Auskunftsmittel gegriffen, ihre ursprüngliche Section in zwei Sub-Sectionen zu spalten, von denen die eine die Laryngologie, Rhinologie und Otologie und die andere die Zahnheilkunde in sich begreifen soll. Das heist mit anderen Worten, dass die Laryngologie und Otologie in Stellungen herabgedrückt werden sollen, welche geringere sind als diejenigen, welche sie i m J a h r e 1881 inne gehabt haben! — Denn bei dem Londoner, in jenem Jahre abgehaltenen Congresse bekleidete die Otologie den Rang einer vollen Section, und die Laryngologie, obwohl sie nur die Stellung einer Sub-Section einnahm, hatte wenigstens die Gelegenheit, die Fragen, welche sie interessiren, zu besprechen, ohne durch eine ihr aufgezwungene Amalgamation mit der Otologie behindert zu sein.

Es genügt darauf hinzuweisen, dass bei der gegenwärtigen Gelegenheit der „Chirurgie der Harnwege“ der Rang einer vollen Section zuerkannt worden ist, um die Willkür zu zeigen, mit welcher bei diesen Gelegenheiten ärgerliche und sinnlose Rangunterschiede gemacht werden.

Ich halte es für unter meiner Würde, eine weitere Modification der Beschlüsse der Lissaboner Autoritäten zu beantragen. Es ist beklagenswerth, dass diese Organisationscomités nicht einsehen wollen oder können, dass sie durch ihre erbitternden Beschlüsse die Sympathien derjenigen Specialisten entfremden, welche jederzeit für intime Beziehungen ihrer Specialitäten mit der allgemeinen Medicin eingetreten sind.

Die Ohrenärzte haben bereits internationale otologische Congresse eingerichtet, Ich habe bis jetzt ähnlichen, von laryngologischer Seite gemachten Versuchen lebhaft opponirt, weil ich der Ansicht war und bin, dass internationale Zusammenkünfte meiner eigenen Specialität, wenn irgend möglich, im Zusammenhange mit

den allgemeinen medicinischen internationalen Congressen und innerhalb des Rahmens derselben abgehalten werden sollten. Aber ich werde zu der Einsicht gezwungen, dass diese immer erneuten Kämpfe um eine würdige Stellung, wie wir sie durch unsere wissenschaftliche Arbeit voll verdient haben, nicht endlos bei diesen Gelegenheiten geführt werden können.

Das wahrscheinliche Resultat der unglaublichen Kurzsichtigkeit der Organisationscomités dürfte sein, dass auch die Lanryngologen in Zukunft ihre eigenen internationalen Specialcongresse abhalten und dass die laryngologischen Abtheilungen der allgemeinen medicinischen Congresse zur Bedeutungslosigkeit herabsinken werden. Sollte ein so bedauerlicher Zustand der Dinge erfolgen, so wird er nicht das Ergebniss separatistischer Gelüste der Specialisten selbst, sondern des Eigensinns derjenigen sein, welche es verweigern, uns diejenige Stellung bei der Gelegenheit allgemeiner medicinischer Versammlungen zu gewähren, welche uns gebührt. Wie bereits in meinem letzten Briefe erwähnt, finde ich es mit meiner Selbstachtung unvereinbar, meine Zustimmung zu der demüthigenden uns angetragenen Stellung zu geben, und muss zu meinem Bedauern darauf beharren, meinen Sitz als Mitglied des britischen vorbereitenden Comités für den Lissaboner Congress aufzugeben.

In aufrichtiger Ergebenheit
der Ihre
Felix Semon.

(Einer Mittheilung Dr. Pavy's zufolge wird dieser Brief dem Generalsecretär des Lissaboner Congresses zugesandt werden.)

Personalnachrichten.

Unser verehrter Mitarbeiter, Prof. E. v. Navratil, ist zum Kgl. Ungarischen Hofrath ernannt worden.

Stabsarzt Dr. Johann Fein hat sich als Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie an der Universität Wien habilitirt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, Februar. 1905. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) A. S. F. Grünbaum und C. S. Sherrington. **Beobachtungen über die Physiologie der Hirnrinde bei den anthropoiden Affen. (Observations on the physiology of the cerebral cortex of the antropoid apes.)** *Proc. Royal Soc. LXXII. No. 479. p. 152.*

Seitdem die Verff. ihre frühere Notiz über diesen Gegenstand mitgetheilt haben, haben sie weiterhin an fünf Schimpansen und einem Orang folgendes festgestellt: Faradisation der Rinde der unteren Frontalwindung einer Hemisphäre rief keine regelmässigen oder constanten Bewegungen hervor.

Besonders sorgfältige Untersuchungen wurden angestellt zum Zwecke der Feststellung der Localisation der Lautgebung. Von der hinteren Region der Windung, und zwar von zerstreuten Punkten und ohne Beständigkeit sogar an diesen schien starke Faradisation gelegentlich Bewegungen im Kehlkopf herbeizuführen, welche von dem Rhythmus des respiratorischen Ursprungs unterscheidbar waren. Hiernach schlossen sie, dass entweder kein Broca'sches Sprachcentrum, dem menschlichen entsprechend, in dem Gehirn der Anthropoiden existire oder dass directe Faradisation des Broca'schen Sprachcentrums allein nicht im Stande ist, Lautgebung hervorzurufen.

Unter den von der Facialregion der Rinde hervorgerufenen Bewegungen haben die Verff. zweimal ein Vorstossen der Zunge beobachtet, gefolgt von heftigem Schluss der Kiefer, der so plötzlich eintrat, dass die Zunge, ehe sie zurückgezogen werden konnte, zwischen den Zähnen festgehalten wurde. Diese Folge der Bewegungen ist insofern von Interesse, als sie beweisen, dass bei Reizung der Rinde manchmal Bewegungen mit falscher Coordination auftreten können. Die Bewegung ist auch von Interesse als ein Resultat directer corticaler Reizung, welche harmonirt mit dem Beissen auf die Zunge bei epileptischen Krämpfen.

Abtragung der Facialregion der motorischen Region wurde bei einem Individuum ausgeführt. Eine gekreuzte Hemiparese folgte an den Lippen, Backen, an der Zunge, der Nasenfalte und dem unteren Augenlid (sehr gering), aber nicht am oberen Lide, der Augenbraue und der Stirnregion.

J. KATZENSTEIN.



2) A. Onodi. **Die Rindencentren des Geruches und der Stimmbildung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 73. 1903.*

O. giebt eine Zusammenstellung der anatomischen und der klinisch-pathologischen Daten über die Rindencentren des Geruchs und der Stimmbildung und weist darauf hin, dass die experimentellen Resultate und die klinischen Beobachtungen nicht überall im Einklang stehen. F. KLEMPERER.

3) G. Heermann (Kiel). **Ueber die Lehre von den Beziehungen der oberen Luftwege zu der weiblichen Genitalsphäre.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. u. s. w. Marhold, Halle a/S. VIII. 1. 1904.*

Spricht sich auf Grund eigener Erfahrungen für die Fliess'sche Auffassung der nasalen Dysmenorrhoe aus. Ebenso wie Genitalstörungen von der Nase günstig beeinflusst werden können, können es auch mancherlei Beschwerden des Rachens, für die fälschlicherweise ein objectiv gar nicht nachweisbarer Rachenkatarrh verantwortlich gemacht wird, besonders bei klimakterischen Frauen durch Einwirkung auf den Genitaltractus; Ovarigen, ein aus dem Eierstock der Kuh hergestelltes Präparat, hat ihm in solchen Fällen gute Dienste geleistet. Ebenso verwendet er es mit Vortheil bei den im Klimakterium so häufigen Zungenbeschwerden, bei denen sich objectiv gewöhnlich ein entzündeter Höcker der Papilla foliata resp. ein leichtes Oedem der Zungenspitze findet.

Diese Thatsache widerspricht der Fliess'schen Zonentheorie, deren Charakteristicum ja gerade darin besteht, dass die Schmerzzonen nicht, wie bei den Rückenmarksnerven, ineinander überfliessen.

Dagegen ist eine andere Erklärung wohl möglich.

Der Universalnerv für Nase, Gaumen, Rachen und Zunge ist der Trigeminus; er enthält eine Wurzel vom Gangl. cervicale Sympathici sup., und die weitere Leitung geht von diesem Ganglion nach dem Plex. hypogastr. und solaris. Durch ersteren werden Uterus und Vagina, durch letzteren Ovarium und Fundus uteri versorgt, so dass sich also von Nase, Rachen und Zunge her auf dem Wege des Sympathicus unter Mitwirkung des Trigeminus und des N. petros. prof. maj. sehr wohl eine Verbindung mit der Genitalsphäre construiren lässt. A. ROSENBERG.

4) Lamann. **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 6. 1904.*

Die interessanten Ausführungen des Verf.'s müssen im Original gelesen werden, da sie sich wegen ihrer Ausführlichkeit zu einer kurzen Besprechung an dieser Stelle nicht eignen. SCHECH.

5) M. Bresgen. **Die hauptsächlichen kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren, sowie ihre Bedeutung für Schule und Gesundheit, nebst grundsätzlichen Erörterungen über Untersuchung und Behandlung solcher Kranken.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandl. u. s. w. Marhold, Halle a/S. VII. 8. 1904.*

Ursachen, die zu diesen Erkrankungen Anlass geben, sind ererbte und erworbene Anlage — von grosser Bedeutung ist das häufige und besonders rasch hintereinander Folgen der auslösenden Umstände, die ihre Spuren am Schwell-

gewebe hinterlassen; bei einer Behandlung seines krankhaften Wachsthums muss man stets bedenken, dass es wegen seiner wichtigen physiologischen Function nicht vollständig ausgerottet werden darf. Die Nasenathmung hat einen wichtigen Einfluss auf die Lungen, deren Verrichtung und mittelbar durch diese auf das körperliche Befinden. Bei vollständig freier Nase sind die Athembewegungen tiefer als bei Mundathmung und durchlüften die Lunge besser und wirken den die Thätigkeit des Herzens nicht günstig beeinflussenden, rasch sich folgenden Druckschwankungen, die bei der Mundathmung innerhalb des Brustkorbes zur Geltung kommen, erfolgreich entgegen.

Die Oberflächlichkeit der Athmung bedingt wohl bei der Lungenschwindsucht und adenoiden Vegetationen eine Verflachung und Verschmälerung des oberen Brustkorbes; eine in der Lunge bestehende tuberculöse Erkrankung führt eher bei Mund- als bei Nasenathmen zur Phthise. Die Rachenmandel vergrössert sich ständig, wenn die Nase verschwollen ist und wuchert unter dieser Bedingung nach der Operation wieder. Die katarrhalische Anlage ist wirkungslos zu machen durch Schaffung gesunder Lebensbedingungen, andererseits können durch ungeeignetes Verhalten solche Anlagen geschaffen werden, z. B. durch übertriebene Abhärtung, übertriebene Ernährung bei Säuglingen, Alkoholika, Unterlassung frühzeitiger Mundpflege und des Gurgelns, die schädliche Anwendung der Nasenspülungen, Tabakgenuss, Schnupftabak.

Weiter wird die Nasenschleimhaut betroffen bei Influenza, in deren Beginn ihren Erscheinungen mehr Werth beigelegt werden muss, bei Masern und Scharlach, wo die Nichtbeachtung der Nasenverschwellung eine Ohrenerkrankung begünstigt. Nach Diphtherie bleiben häufig Gaumen- und Rachenmandel vergrössert zurück; die Angina habitualis findet sich gewöhnlich bei Mundathmern. Keuchhusten geht mit Erkrankungen der Schleimhaut der Nase, des Rachens und Kehlkopfes und des Ohres einher; die Ozaena rührt wahrscheinlich von einer gonorrhoischen Infection intra partum her. Ohrenerkrankungen sind oft auf verkehrtes Schneuzen zurückzuführen.

Der frische Schnupfen, der den Säugling sehr gefährdet, kann, wenn er nicht gehörig beachtet wird, chronisch werden. Die Nasenathmung ist dauernd gestört, es entsteht Conjunctivitis, Ekzem, kann zu Erysipel und Lupus kommen. Später besonders zur Schulzeit machen sich bemerkbar Störungen der Denkthätigkeit, der Hörfähigkeit.

Recht häufig sind im Kindesalter Brüche und Quetschungen innerhalb der Nase, die oft vernachlässigt werden, ferner Fremdkörper, Nasenbluten. Die Entzündungen der Gaumen- und Rachenmandel müssen genau auf ihre Infectiosität geprüft werden; treten sie häufiger auf, so achte man auf die Durchgängigkeit der Nase.

Eine Verstopfung derselben kann den Ausgangspunkt bilden für eine leichte Ermüdbarkeit der Stimme und Sprachfehler; als Folge können ferner resultiren mangelhafte und fehlerhafte Entwickelung des Gesichtsschädels und einzelner seiner Theile.

Nasen-, Ohren-, Halskranke lässt man dreimal am Tage mit Salzwasser gurgeln; Kinder mit krustiger Nasenabsonderung alle zwei Stunden Vaselin auf-



ziehen, bei Ozaena laues, schwaches Salzwasser. Bei Verschwellungen der Nase und Nebenhöhleneiterungen nehme man auf eine sorgfältige Nachbehandlung Bedacht.

Nach Entfernung der Gaumenmandeln wird event. erst die Nasenschleimhautschwellung behandelt und dann die Adenotomie unter Cocainanästhesie gemacht.

A. ROSENBERG.

6) **Paul Gallois. Ueber die Rückwirkungen, die Krankheiten der Nase und des Halses auf die allgemeine Gesundheit haben können. (Des répercussions que peuvent avoir sur la santé générale les maladies du nez et de la gorge.)** *Archives des malad. des enfants etc. 1904.*

Verf. benennt die Lehre von den Erkrankungen der Nasen-Rachenhöhle „Spellopathie“ nach dem griechischen Wort σπηλαιὸν (Höhle). In einer schematischen Uebersicht zeigt er, was für Folgen für den Allgemeinzustand aus Erkrankungen von Nase, Hals, lymphatischem Schlundring resultiren können und räth bei jedem der in dieser Arbeit aufgezählten Zufälle nachzuforschen, ob nicht ein Zusammenhang mit Hals und Nase möglich sei.

G. theilt die Einflüsse von seiten der obersten Luftwege in zwei grosse Klassen ein: die ersten sind rein mechanische und umfassen die Verengerungen, die Behinderung der Nasenathmung: in die zweite gehören alle entzündlichen, infectiösen Erscheinungen. Dieser zweiten Kategorie wendet Verf. seine ganz besondere Aufmerksamkeit zu; bei der Fülle der mitgetheilten Details ist ein Referat nicht möglich. Doch sei darauf hingewiesen, dass die Beobachtungen aller Autoren, die sich mit dem Gegenstand beschäftigt haben, hier verzeichnet sind (Complicationen seitens des Ohres, der Augen, des Nervenapparates, des Circulationsapparates, Verdauungsstörungen etc.).

Erwähnen wir einige Einzelheiten, so ist nach G. die Angina pultacea stets die Folge einer chronischen Rhino-Pharyngitis. Bei der Tuberculose wird die Bedeutung der Tonsillen als Eingangspforte erörtert. Fieberhafte Zustände beim Kinde, die oft als Folge der Dentition, als gastrisches Fieber etc. ausgelegt werden, sind häufig auf infectiöse Zustände in Nase und Nasenrachenraum zurückzuführen.

Die Arbeit verdient wegen ihres Reichthums an Inhalt und ihrer fesselnden Form Beachtung.

A. CARTAZ.

7) **T. A. Patterson. Aetiologie und Behandlung subacuter und chronischer katarrhalischer Affectionen der oberen Luftwege bei Kindern. (The etiology and treatment of subacute and chronic catarrhal affections of the upper air passages in children.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1903.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

8) **Braden Kyle. Eine kurze Erörterung über die Pathologie der malignen Geschwülste der oberen Luftwege. (A brief discussion of the pathology of malignant growths of the upper air passages.)** *The Laryngoscope. August 1904.*

Des Verf.'s Auseinandersetzungen lassen sich dahin zusammenfassen, dass

eine Umwandlung gutartiger Tumoren im Bereich der oberen Luftwege in bösartige nicht vorkommt, dass dagegen jede Irritation gutartiger Tumoren zu einer Entstehung von bösartigen Tumoren an dieser Stelle prädisponiren kann.

EMIL MAYER.

9) **W. G. B. Harland** und **W. H. Good. Reflectorische Apnoe und Herzhemmung bei Operationen im Respirationstract. (Reflex apnea and cardiac inhibition in operations on the respiratory tract.)** *The Journal of the American Medical Association. 12. October 1904.*

Verff. kommen zu dem Resultat, dass Reizung jeder Stelle im Respirationstract reflectorische Apnoe, Herzstillstand, ja sogar Tod herbeiführen kann. Gewöhnlich kann man einem solchen Zustand durch Anwendung von Atropin vorbeugen, durch völlige allgemeine Anästhesirung des Patienten vor der Operation oder durch locale Anwendung von Cocain.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **L. Dieulafé. Ueber die Nasengruben der Wirbelthiere. (Les fosses nasales des vertébrés [Morphologie et embryologie].)** *Journ. de l'anat. et de la physiol. Année 40. No. 3. p. 268. No. 4. p. 414.*

Beschreibung des Naseninneren bei Reptilien, Vögeln und Säugern.

J. KATZENSTEIN.

11) **E. Glas. Ueber die Entwickelung und Morphologie der inneren Nase der Ratte.** *Anat. Hefte. 76. H. 25 Bd. H. 2. S. 275—339. 14 Fig. 1904.*

Die ersten Bildungen der inneren Nase der Ratte sind Abkömmlinge der medialen Wand: das Jakobson'sche Organ und die Ethmoturbinalia. Die ursprüngliche Anlage des Jakobson'schen Organs ist eine Epithelverdickung im unteren Abschnitte der vorderen septalen Wandpartie. Erst sekundär kommt es zur Bildung jener sagittal gestellten Furche, an derem hinteren Ende das Epithel in Form einer Röhre caudalwärts fortwächst, wobei zugleich die Furche durch Aneinanderlegung und Verwachsen der Ränder nach vorne zur Röhre abgeschlossen wird. Die Entwickelung des Jakobson'schen Organes zeigt eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Bildungsmodus des Geruchsorgans. Die paraseptalen Knorpel und Jakobson'schen Belagknochen zeigen bei der Ratte eine innige Beziehung zum Jakobson'schen Organ, sodass ihre Zugehörigkeit zu diesem in Form von Sinnesknorpel und -Knochen trotz Einreihung in den Annulus cartil. nasi nicht geleugnet werden kann.

Ein Basiturbinale besitzt die Ratte nicht. Der Bildungsmodus der Muscheln ist die Resultirende zweier Componenten, des Auswachsens in die Wandpartien einwachsender Epithelleisten und des Vorwachsens bestimmter Wandpartien.

Von den Nasendrüsen tritt die seitliche Nasendrüse (Stenon'sche Drüse) zuerst auf, hierauf kommt es zur Bildung der im Gebiete der unteren Muscheln gelegenen Drüsen, denen die septalen Nasendrüsen und in das Jakobson'sche Organ mündenden Septumdrüsen folgen. Die septale Drüse ist eine Bildung,

welche mit dem Jakobson'schen Organ in keiner Beziehung steht. Die laterale Nasendrüse ist durch ihre typische Lage zwischen oberer Legal'scher Furche und Nasenkapsel charakterisirt.

Die Verknorpelung betrifft zuerst den hufeisenförmigen Antheil der Nasenkapsel in seinen centralsten Partien. Erst später kommt es zur knorpligen Umwandlung der mesodermalen Muschelspangen. Hierbei tritt die Umwandlung, noch ehe Knorpelleisten im Maxillo- und Nasoturbinale zu sehen sind, im Ethmoturbinale I auf, wobei der fissurirte Siebbeinwulst sich so verhält, dass dessen dorsale Partie die erste Knorpelspange besitzt, während der ventrale Antheil des Ausläufers der Nasenkapsel noch verdichtetes Mesodermgewebe aufweist.

J. KATZENSTEIN.

12) **E. Young. Ueber den Geruchssinn der Schnecke. (Sur le sens olfactif de l'Escargot.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 7. p. 291.*

Polemik gegen Dubois. Die grossen Tentakel sind geruchsempfindlicher als alle anderen Theile des Integuments. Die Geruchsempfindlichkeit der kleinen Tentakel ist geringer als die der grossen. Die Geruchsempfindlichkeit der übrigen äusseren Haut ist nur bei einer sehr geringen Zahl von Excitantien (z. B. Benzindampf, Nitrobenzin) zu beobachten und dann in geringerem Maasse als durch die Tentakel.

J. KATZENSTEIN.

13) **R. Dubois. Ueber den Geruchssinn der Schnecke. (Sur les sens de l'olfaction de l'Escargot.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 5. p. 198.*

Polemik gegen Young. Die Geruchsempfindlichkeit ist bei Helix pomatica nicht an den Fühlspitzen lokalisirt, sondern sie ist diffus und den verschiedenen Theilen des Mantels eigen.

J. KATZENSTEIN.

14) **J. Chatin. Die Myelocyten des Bulbus olfactorius. (Les myélocytes du bulbe olfactif.)** *Comp. Rend. Acad. Sc. T. 137. No. 13. p. 489.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

15) **M. Probst. Ueber die Rinden-Sehhügelfasern des Riechfeldes, über das Gewölbe, die Zweige, die Randbogenfasern, über die Schweifkernfaserung und über die Vertheilung der Pyramidenfasern im Pyramidenareal.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.) S. 133. 1903.*

An der Hand eines Versuches schildert P. Fasern, welche das Riechfeld mit dem Thalamus und dem Ganglion habenulae verbinden. Als physiologisches Ergebnis des Versuchs werden erwähnt dauernde Schädigung des Geruchssinnes, vorübergehende schwere Schädigung des Gesichtssinnes.

J. KATZENSTEIN.

16) **H. Zwaardemaker. Eine bis jetzt unbekannt gebliebene Eigenschaft des Geruchssinnes.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). 1. u. 2. H. S. 43. 1904.*

Es gelingt nicht, separate Riechreize zu fusioniren oder continuirliche zu intermittiren. Es muss also im Geruchsorgan zwischen dem äusseren Reiz und dem Reizungspunkte ein Zwischenglied eingeschoben sein. Als solches funktionirt die Luft am Eingang der Riechspalte. Die Lösung der riechenden Moleküle findet

in der Substanz der Riechhärchen momentan statt, die Fusionirung künstlich unterbrochener Riechreize hat nicht in dem Endapparat des Sinnesorgans als solchem, sondern in den zuleitenden Lufträumen ihren Grund.

J. KATZENSTEIN.

17) **J. Killian** (Worms). **Ueber subjective Kakosmie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1904.*

Manchmal ist die Ursache des üblen Hauches aus Mund und Nase sehr schwer zu constatiren; zuweilen handelt es sich um verborgene Empyeme, die sich mit den gewöhnlichen Methoden nicht auffinden lassen; in den beiden von K. mitgetheilten Fällen handelte es sich um fötide Pfröpfe, welche in der erweiterten Rosenmüller'schen Grube ihren Sitz hatten, Ausräumung derselben mit hakenförmig gebogener watteumwickelter Sonde hatte ein sofortiges Verschwinden des Fötors zur Folge.

SCHECH.

18) **Carl E. Munger. Parosmie; nebst Geschichte eines eigenthümlichen Falles. (Parosmia; with history of a peculiar case.)** *The Laryngoscope. März 1904.*

Verf. berichtet über einen Fall, der seiner Meinung nach auf Arteriosklerose zurückzuführen war. Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, der an Kopfschmerzen litt und seit einiger Zeit von der Empfindung eines persistenten Geruchs gequält wurde, den er als Heliotrop beschrieb. Alle Getränke, die er genoss, hatten diesen Geruch, sein Achselhöhlensekret schien ihm besonders streng danach zu duften, seine Haut, die Kleider der Damen, Apfelsinen strömten für ihn diesen Duft aus. Seine Empfindung für üble Gerüche blieb normal, den Geruch von Pferden konnte er genau so wie früher wahrnehmen. Die Parosmie bestand 6 Monate, um dann allmälig abzunehmen; am längsten blieb die Empfindung von dem Heliotropgeruch, der aus der Achselhöhle strömte.

EMIL MAYER.

19) **A. Onodi. Ein Olfactometer für die Praxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 14. S. 185. 1903.*

Zur Vereinfachung der Zwaardemaker'schen Untersuchungsmethode benutzt Verf. nur 2 Riechstoffe: Jonon (Veilchen) und Aethylbisulfid in zwei verschieden starken Concentrationen. Sein Apparat besteht in einem Glascylinder, in dessen Mitte von der Seite her ein Glasstöpsel eingeführt wird, welcher mit in die Riechlösung eingetauchter Watte armirt ist.

F. KLEMPERER.

20) **G. Trautmann** (München). **Bedeutung der nasalen Athmung in ihrer Schutz- und Heilwirkung auf Krankheiten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1903.*

Eine Menge von Infectionskrankheiten hat ihre Eingangspforten in der Mundhöhle und insbesondere in den Tonsillen, auf welchen glücklicher Weise in den meisten Fällen die Erkrankung beschränkt bleibt. Wie sich nun aber nach Mader durch die Nasenobstruction und die hierdurch bedingte Mundathmung der Ausfall des nasalen Infectionsschutzes durch leichtere oder überhaupt durch Entstehung von Krankheiten von der Mundrachenhöhle aus kundgiebt, so muss man auch in umgekehrter Weise annehmen können, dass die nach einer Nasenobstruction durch geeignete Behandlung wiederhergestellte Nasenathmung und

der hierdurch bedingte, wenn auch in den meisten Fällen erst allmälige Ausfall der Mundathmung bei bestehenden pathologischen Processen sich als Heilwirkung zeigen kann. T. führt als Beweis mehrere Krankengeschichten an. Die Operationen in der Nasenhöhle sollen sich aber nur auf das Nöthigste beschränken, damit die physiologischen Schutzkräfte der Nase erhalten bleiben. SCHECH.

21) **Lermoyez** (Paris). **Die Insufficienz der Nasenathmung. (De l'insuffience de la respiration nasale.)** *Société médicale des hôpitaux. 1. Juli 1904.*

Es handelt sich um Personen, die nicht verstehen, durch die Nase zu athmen, obwohl die Nasenhöhlen völlig durchgängig sind. Verf. hat früher einen solchen, eine Hysterische betreffenden Fall publicirt. Er führt auf denselben Umstand die Thatsache zurück, dass von 10 Patienten, bei denen die adenoiden Vegetationen in ausreichender Weise entfernt sind, stets einer nach der Operation überhaupt nicht besser athmet als vorher, während es bei den 9 anderen sehr lange dauert, bis sie es lernen, durch die Nase zu athmen. Sie müssen dazu erzogen werden, was am besten durch den Arzt geschieht. PAUL RAUGÉ.

22) **Francis Hare** (Queensland). **Mechanismus der paroxysmalen Neurosen. (Mechanism of the paroxysmal neuroses.)** *Australasian Medical Gazette. 20. August 1903.*

Verf. verteidigt die Theorie, nach der asthmatische Anfälle durch Vasodilatation in der Bronchialschleimhaut bedingt sein soll. A. J. BRADY.

23) **John North. Heufieber. (Hay fever.)** *Toledo Medical und Surgical Reporter. Juni 1904.*

Bericht über drei mit unmittelbarem gutem Resultat behandelte Fälle.

EMIL MAYER.

24) **Kuttner** (Berlin). **Das Heufieber und seine Behandlung mittels Pollantin (Dunbar).** *Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 20. 1904.*

Auf Grund von 5 Fällen kommt K. zu dem Urtheil, dass wir in dem Dunbar'schen Pollantin zum ersten Male ein Mittel besitzen, dass bei richtiger Anwendung gute und sichere Dienste leistet SEIFERT.

25) **R. A. Glegg. Neue Untersuchungen über Heufieber. (Recent investigations in hay fever.)** *N. Y. Medical News. 10. September 1904.*

Ein Bericht über die Dunbar'schen Untersuchungen. LEFFERTS.

26) **W. B. Dunbar. Beobachtungen über Versuche und Behandlung des Heufiebers. (Observations on the cause and treatment of hay fever.)** *St. Louis Medical Review. 17. September 1904.*

Ein Ueberblick über unsere heutige Kenntniss des Heufiebers mit besonderer Berücksichtigung der vom Verf. eingeführten Serumtherapie. Verf. betont besonders, dass sein Serum hauptsächlich als Prophylacticum wirksam ist. Der Durchschnittserfolg der Serumtherapie beträgt 65 pCt. Es werden Bemühungen gemacht, ein subcutan anwendbares Präparat herzustellen. Es hat sich herausgestellt, dass das wirksame Princip in dem Globulin seinen Sitz hat; seitdem

experimentirt D. mit einem Präparat, aus dem das Albumin ausgeschieden ist; er hofft so, alle Reizung zu vermeiden. Ferner ist D. dabei, ein Antitoxin für die Prophylaxe und Behandlung des Herbstkatarrhs zu bereiten, der besonders in Amerika häufig ist und auf Goldruthe und Ambrosia zurückgeführt wird.

EMIL MAYER.

27) **Hirschberg. Antitoxin bei Heufieber. (Antitoxine in hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 22. October 1904.*

Verf. beschreibt die Anwendung des Dunbar'schen „Pollantin". Es sind bisher 300 Fälle publicirt, in denen das Mittel gebraucht worden ist; davon wurde bei 182 ein vollkommenes Resultat erzielt, während bei 40 überhaupt keine Einwirkung vorhanden war.

LEFFERTS.

28) **D. Braden Kyle. Die Aetiologie des Heufiebers. (The etiology of hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1904.*

Verf. erörtert in vorliegender Arbeit die Beziehungen zwischen der chemischen Zusammensetzung des Speichels und des Nasensecrets zu den Erkrankungen der Schleimhaut in Mund und oberen Luftwegen. Das gewöhnliche Lackmuspapier genügt nicht, da die Secrete nach ihrem Austritt auf die Schleimhaut mannigfache Veränderungen erleiden. Besonders zuverlässig ist die polaroskopische Untersuchung. K. hat die Reaction neutral, hyperacid und hypoacid gefunden; ausgesprochen alkalische Reaction fand sich häufiger beim Heufieber. Er räth, beim Heufieber, wenn die alkalische Reaction constatirt wird, eine Umwandlung derselben in die neutrale oder saure anzustreben; er behauptet, auf diese Weise im Stande zu sein, in Fällen, die jeder anderen Behandlung widerstreben, Erleichterung zu verschaffen und sieht das ätiologische Moment des Heufiebers nicht in Pollen oder dergleichen, sondern in dem durch Alteration des Secrets bedingten Reiz. Verf. giebt an, in 80 pCt. der Fälle durch seine Behandlung Heilung oder wenigstens Besserung herbeiführen zu können.

LEFFERTS.

29) **Herman Bowman. Professor Dunbar's Heufieber-Untersuchungen. (Prof. Dunbar's hay-fever investigations.)** *Northwestern Lancet. November 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

30) **Ch. A. L. Zegers** (Batavia). **Rhinitis spastica vasomotoria.** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indie, Bd. XLI. H. 3.*

Die nervöse Coryza ist in Niederländisch Indien eine häufige Krankheit. Namentlich tritt sie nach längerem Aufenthalt in den Tropen auf. Die Wärme kann indessen nicht die Ursache sein, da Z. dieselbe auch beobachtete bei Personen, die auf einer Höhe von 3500 Fuss lebten. Merkwürdigerweise hören bei den Heimkehrenden die Anfälle auf vom Augenblick an, wo das Schiff den Hafen verlassen hat. Während des Aufenthaltes in Europa bleiben die Anfälle aus, kehren aber wieder, sobald Patient nach Indien zurückgekehrt ist. Z. sucht die Ursache einerseits in dem Staub, andererseits in einer durch das Leben in den Tropen verursachten Abnahme der Widerstandsfähigkeit, einer Art Neurasthenie. Von localer Nasenbehandlung sah Z. nur minimalen Nutzen. Dagegen sah er

relativ ausgezeichnete Erfolge von einer Strychnin-Atropin-Cur nach Lermoyez, wofür er folgende Formel empfiehlt: R. Mur. atropini 10 mg, Sulf. strychnini 80 mg, ad Pill. No. 40. S. während einer Woche täglich 1 Pille, die zweite Woche 2 Pillen pro Tag, zum Schluss 3 Tage lang 3 Pillen. Nach 10 Tagen Wiederholung der Cur.

H. BURGER.

31) **O. Muck** (Essen). **Ueber gewisse intermittirende Schwellungszustände der Nasenschleimhaut und ihre Behandlung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. 3. S. 457. 1903.*

Zeitweilige Verstopfung der Nasenathmung wird nach Verf. in gewissen Fällen bedingt durch Anschwellung der hinteren unteren Muschelenden, die bei der postrhinoskopischen Untersuchung nicht als vergrössert imponiren, sondern nur etwas über erbsengross sind und das Septum nicht berühren. Charakteristisch ist dann die grauweisse Farbe und die runzlige Oberfläche der Muschelenden; erstere beweist nicht nur eine Epithelverdickung, sondern auch eine temporäre locale Anämie, letztere deutet darauf hin, dass — unter dem psychischen Einfluss der Untersuchung — eine Volumensverringerung des Muschelendes eingetreten ist. In solchen Fällen entfernt Verf. die scheinbar nicht vergrösserten Muschelenden mit der kalten Schlinge, die er ohne Leitung des Auges, ähnlich wie den Katheter beim Katheterisiren der Eustachischen Röhre, durch den unteren Nasengang einführt und anlegt.

F. KLEMPERER.

32) **S. Citelli** (Catania). **Zur Frage der Regeneration der Nasenschleimhaut beim Menschen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. 2. S. 350. 1903.*

Verf. stellte durch seine Untersuchungen fest, dass nach Entfernung von oberflächlichen Theilen der Nasenschleimhaut, wobei die tiefen Schichten fast unbeschädigt bleiben, infolge der Proliferationsprocesse, welche nach dem Operationsact auftreten, die anatomische Beschaffenheit der Schleimhaut nur geringfügige Veränderungen erleidet. Die Drüsen nämlich und auch die Schwellkörper, also die für die Function wichtigsten Organe, bleiben erhalten; nur an Stelle des laxen Gewebes der oberflächlichen Schicht der Schleimhaut tritt fibröses Bindegewebe; der Knochen erleidet keine Veränderung. Durch die Retraction des Narbengewebes bleibt jedoch eine Einsenkung an der Schleimhaut an der Stelle der Operation zurück, ein Umstand, der von dem wohlthuendsten Effect ist in den Fällen von Stenose der Nasenhöhle infolge diffuser Hypertrophie der unteren Nasenmuschel. Bei dieser Affection ist deshalb die Entfernung oberflächlicher Stückchen der Schleimhaut das beste therapeutische Mittel.

F. KLEMPERER.

33) **Goldmann** (Komotau). **Ein Fall von Nekrose der unteren Nasenmuschel und des Stirnbeins (letztere in wahrscheinlicher Beziehung zu epileptiformen Krämpfen).** *Prager med. Wochenschr. No. 26. 1904.*

Eine nekrotische Muschel lag angeblich 12 Jahre lang in losem Zusammenhange mit der Umgebung in der Nase. Diese Nekrose, sowie die des Stirnbeines sollen die Folge einer metastatischen Entzündung nach einem Puerperalprocess sein und sollen infolge der Nekrose des Stirnbeines, bei dem vielleicht auch die

Lamina vitrea in Mitleidenschaft gezogen war, epileptiforme Krämpfe ausgelöst worden sein.

CHIARI-HANSZEL.

34) **Berini** (Madrid). **Primäre lupöse Rhinitis mit vegetativer Form. (Rinitis luposa primitiva de forma vegetante.)** *Revist. de Medicin. y Cirugia. No. 25 Mai 1903.*

Mittheilung eines Falles von Lupus, welcher mit Rhinitis begann, die sich dann als lupöse charakterisirte. Die Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt.

R. BOTEY.

35) **Lorenzo B. Lockard. Platin-Rhinitis. (Platinum Rhinitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1903.*

Verf. hat 5 Fälle von Rhinitis gesehen, die er auf den Gebrauch von Platinpapier in der Photographie zurückführt.

EMIL MAYER.

36) **T. A. Stuckey. Gichtische Nasopharyngitis. (Lithaemic nasopharyngitis.)** *N. Y. Medical Record. 22. October 1904.*

In manchen Fällen ist eine Nasopharyngitis zurückzuführen auf harnsaure Diathese; man findet dann im Urin Indican und vermehrte Harnsäure. In diesen Fällen sollte die Behandlung auf das Grundleiden gerichtet sein.

LEFFERTS.

37) **Depierris** (Cauterets). **Localbehandlung der Rhinopharyngitiden in den Heilbädern. (Traitement local des rhino-pharyngites dans les stations thermales.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 2. 1904.*

Der Verf. bespricht zuerst die allgemeinen Indicationen für die Localbehandlung mit Mineralwässern behufs 1. der Befreiung der Nasenhöhlen von Krusten und Mucositäten; 2. die Modification der kranken Schleimhaut; sodann die besonderen Indicationen bei verschiedenen Behandlungsweisen, als: 1. der elastischen Nasendouche; 2. der Retronasaldouche; 3. Pulverisationen; 4. des Einschnupfens: 5. des Aufziehens; 6. Laryngonasalgurgeln und endlich 7. des Nasenbades, für welches er eine eigens von ihm angegebene Pipette empfiehlt.

Das Nasenbad finde seine Verwendung in allen Fällen, während die Nasendouche, die Pulverisationen und das Aufziehen nur für bestimmte Fälle passe.

Der Nasendouche gebühre der Vorzug bei der Ozaena und gewissen eitrigen Rhiniten, welche eines energischen Flüssigkeitsstromes bedürfen und deren Anwendung eine offene Nasenhöhle erlaube. Aber ausser diesen Fällen müsse sie dem Nasenbad das Feld räumen, dessen Wichtigkeit in der rhinologischen Therapeutik von Tag zu Tag zunehme. — Im Grunde Bekanntes.

BAYER.

38) **W. Freudenthal. Die Aetiologie der Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 409. 1903.*

Eröffnungsvortrag der Discussion über Ozaena auf dem internationalen Congress in Madrid. Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die verschiedenen Theorien der Ozaena und begründet seine eigene Ansicht, die in der Ozaena eine auf dem Boden der Atrophie entstandene genuine Erkrankung sieht. Die primäre Atrophie des Naseninneren ist die Folge athmosphärischer Einflüsse,

besonders des Wassermangels in der Luft — Xerasie. Die Ozaena entsteht aus dieser Atrophie erst durch die massenhafte Invasion des Abel'schen Bacillus. Herderkrankungen erscheinen oft im Gefolge der Ozaena. F. KLEMPERER.

39) **Lewis S. Somers. Der Factor der Heredität bei der Rhinitis atrophicans. (The factor of heredity in atrophic rhinitis.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1904.*

Verf. betont als eine auffallende Thatsache, dass die Heredität in der grossen Mehrzahl der Fälle von atrophischer Rhinitis eine grosse Rolle spielt und dass dieser Factor bedingt wird durch eine von der Norm abweichende Form der Nase, die Metamorphose des Epithels und möglicherweise durch Uebertragung einer vererbten pathologischen Anlage. EMIL MAYER.

40) **C. Compaired** (Madrid). **Ist die Ozaena heilbar? (Es curable el ozena?)** *Revist. de Medic. y Cirug. Practicas. No. 807 y 808. 1903.*

Nach vorhergehender Erörterung der verschiedenen Behandlungsmethoden zur Bekämpfung der Ozaena bespricht C. eingehend diejenige der submucösen Injectionen von Paraffin nach Eckstein. Eine Statistik begleitet die Arbeit.

R. BOTEY.

41) **R. Lake. Die Wiederherstellung der unteren Muschel durch Paraffininjectionen in der Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The restoration of the inferior turbinate body by paraffin injections in the treatment of atrophic rhinitis.)** *Lancet. 17. Januar 1903.*

Verf. verwendet weisses bei 55° schmelzendes Paraffin; die Nadel wird durch ein auf elektrischem Wege erhitztes Drahtgewinde warm gehalten.

ADOLPH BRONNER.

42) **Baratoux. Ueber Behandlung der atrophischen Rhinitis mittels interstitieller Paraffininjectionen. (Du traitement de la rhinite atrophique par les injections interstitielles du paraffine.)** *Progrès médical. 2. Juli 1904.*

Eine historisch-kritische Studie. Verf. giebt eine detaillirte Beschreibung der von ihm befolgten Methode und versichert, dass die mit derselben erzielten Dauerresultate ausgezeichnet seien. A. CARTAZ.

43) **Leopold** (Klagenfurt-Pötschach). **Heilung der Ozaena mit kaltem (Finsen)-Licht.** *Fortschr. d. Med. No. 29. 1904.*

Die Belichtung der Nasenhöhlen wurde mit dem von Strebel construirten Apparate bei 5 Fällen von Ozaena vorgenommen und dadurch Heilung erzielt. Local kamen nur zur Beseitigung der Borken Ausspülungen mit lauem Salzwasser zur Anwendung. SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

44) Genter. **Zur Frage der Knorpelbildung in den Mandeln. (K woprosu o nahoshdenii chrjaschtschewoi skani w mindalinach.)** *Wratsch Gaz. No. 27. 1904.*

In 4 von 45 mikroskopisch untersuchten Fällen fand G. Knorpelgewebe in den Rachenmandeln. In Anbetracht dessen, dass die mikroskopische Struktur das Bild eines Faserknorpels darbot, sieht der Autor sich veranlasst, die metaplastische Entwickelung desselben anzunehmen.

P. HELLAT.

45) James E. Newcomb. **Knochen und Knorpel in der Tonsille. (Bone and cartilage in the tonsil.)** *N. Y. Medical News. 24. September 1904.*

Verf. giebt eine Uebersicht über das in der Literatur über diesen Gegenstand Vorhandene und berichtet über einen Fall seiner Beobachtung, eine 40jährige Frau, die mit Klagen über häufige Halsentzündungen zu ihm kam. Die Tonsillen wurden hyperplasirt gefunden und abgetragen; bei der Operation der linken hatte man das Gefühl, dass das Instrument in eine harte Substanz gerieth. Bei der Untersuchung des Gewebes fand man darin eine kleine knöcherne Spitze und bei der Palpation des Tonsillarstumpfs konnte man constatiren, dass man die Spitze des abnorm langen und abnorm verlaufenden Processus styloideus abgeschnitten hatte. Verf. meint, es sei nicht festzustellen, wie häufig diese Anomalie sei. Eine klinische Wichtigkeit kommt ihr nur dann zu, wenn in Folge der Länge und des schrägen Verlaufs des Styloidfortsatzes eine Irritation der Tonsille verursacht wird.

LEFFERTS.

46) R. M. Funnicliff. **Die Anwesenheit von Streptokokken auf normalen Tonsillen. (The presence of streptococci on normal tonsils.)** *Transactions of the Chicago Pathological Society. 15. Juni 1904.*

Verf.'s Resultate stimmen mit den von Hilbert und anderen überein und ergeben, dass constant an normalen Tonsillen sich Streptokokken finden, die für weisse Mäuse ebenso virulent sind, wie die von Scharlachkranken stammenden.

EMIL MAYER.

47) Kutvirl (Prag). **Ueber Tumoren der Mandeln.** *Aerztliche Central-Zeitung. No. 15—19 incl. 1903.*

K. bespricht eingangs die widerstreitenden Ansichten über „normale Tonsillen“, schaltet die blosse Vergrösserung der Mandel — als nicht Tumor — von der Abhandlung aus und bringt einige differentialdiagnostische Merkmale zwischen benignen und malignen Tumoren der Gaumenmandeln. Betont wird die Schwierigkeit bei Deutung der histologischen Befunde in manchen Fällen von fraglicher Lues oder Sarcom. 14 Krankengeschichten: 3 Lymphosarkome, 2 Sarkome, 1 Angiosarkom, 1 Adenocarcinom, 1 Cancroid, 1 Carcinom, 2 Fibrome, 1 Angiom. 2 Fälle wurden histologisch nicht untersucht. Bei malignem Tumor der Tonsille empfiehlt der Autor digitale Evulsion per os eventuell nach vorheriger Spaltung des weichen Gaumens.

CHIARI-HANSZEL.

48) **Bezdek** (Brünn). **Ein Fall von Tonsilla pendula.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 18. 1904.*

Ein etwa erbsengrosses, gestielt am oberen Pole einer Tonsilla palatina aufsitzendes Gebilde, das sich histologisch als aus atrophischem Tonsillargewebe bestehend erwies.

CHIARI.

49) **Rich. Deile** (Leipzig). **Lipoma tonsillae palatinae.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 399. 1903.*

Mittheilung eines Falles. Verf. weist darauf hin, dass das Vorkommen von Fettzellen in der Gaumenmandel nichts Ungewöhnliches ist, so dass das Lipom der Tonsille als eine hyperplastische, nicht als heteroplastische Bildung anzusehen ist.

F. KLEMPERER

50) **C. Compaired** (Madrid). **Voluminöses Sarkom der linken Gaumenmandel; Operation; Heilung. (Voluminoso sarcoma de la amigdala palatina izquierda; operación; curación.)** *El Siglo Médico. No. 11. October 1903.*

Genannter Tumor verursachte nur die mechanische Schwierigkeit beim Athmen und Schlucken. Verdrängung der Nachbarorgane. Die Exstirpation erfolgte leicht in einer einzigen Sitzung.

R. BOTEY.

51) **Rabé** und **Denis. Sarkom der Mandel. (Sarcoma de l'amigdale.)** *Société anatomique. 15. April 1904.*

Es handelt sich um einen ein 9jähriges Kind betreffenden Fall. Der ungefähr apfelsinengrosse Tumor verschloss den Isthmus oro-pharyngealis fast völlig und nach einem Suffocationsanfall entschloss man sich zur Abtragung der Geschwulst. Nachdem die Tracheotomie gemacht war, wurde eine Vergrösserung der Mundöffnung dadurch herbeigeführt, dass eine Incision schräg nach dem Kieferwinkel zu gemacht wurde, der horizontale Kieferast vor dem Ansatz des M. masseter durchsägt wurde. Dann konnte der Tumor losgeschält werden. Nach 3 Monaten war ein Recidiv vorhanden, an dem das Kind zu Grunde ging.

PAUL RAUGÉ.

52) **Moizard, Denis** und **Rabé. Bösartige Mandelgeschwülste beim Kinde. (Tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant.)** *Archives de méd. des enfants. No. VIII. 1904.*

Im Anschluss an einen Fall von Sarcom bei einem 9jährigen Kind (cfr. das vorhergehende Referat) machen die Verff. die bösartigen Mandelgeschwülste bei Kindern zum Gegenstand ihres Studiums. Unter 130 überhaupt publicirten Fällen haben sie 14 das Kindesalter betreffende gefunden. Im Anfangsstadium ist die Diagnose sehr schwer, weil es aus dem blossen Anblick fast unmöglich ist, die Tumoren von einer einfachen Hyperplasie zu unterscheiden. Die Einseitigkeit der Affection muss immer Verdacht erregen, ferner das schnelle Wachsthum der Geschwulst, sowie Symptome von Kräfteabnahme. Die zur Ermöglichung der Ernährung und Athmung oft nöthige Operation hat meist nur den Effect, die Verallgemeinerung des Uebels zu beschleunigen.

A. CARTAZ.

53) **Wm. R. Murray. Die versenkte Tonsille. (The submerged tonsil.)** *Northwestern Lancet. Mai 1904.*

Verf. räth zur Anwendung der kalten Schlinge oder der Robertson'schen Tonsillarscheere.

EMIL MAYER.

54) **Thomas T. Harris. Die versenkte Tonsille. (The submerged tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 30. Januar 1904 und N. Y. Medical News. 9. Juli 1904.*

Die Operation der durch den adhärenten vorderen Gaumenbogen verdeckten Tonsille soll darin bestehen, dass man zunächst diesen und, wenn nöthig, auch den hinteren Gaumenbogen freilegt und dann erst die Tonsille entfernt.

LEFFERTS.

55) **J. Tuixaus** (Barcelona). **Ueber den Einfluss der Hypertrophie der Tonsillen auf das Wachsen. (Influencia de la hipertrofia de las amigdalas en el crecimiento.)** *La Medicina de los Ninos. Enero 1904.*

Ein Fall von Tonsillarhypertrophie bei einem 8jährigen Knaben, dessen physische und geistige Fähigkeiten in der Entwicklung zurückblieben, nach Verf.'s Ansicht zweifellos in Folge jener Rachenaffection.

R. BOTEY.

56) **Percy G. Goldsmith. Tonsillarhypertrophie und deren operative Behandlung. (Tonsillar hypertrophy and its operative treatment.)** *Canada Lancet. Februar 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

57) **Carles M. Robertson. Entfernung der Tonsille; einige Beobachtungen und eine neue Operationsmethode. (Removal of the faucial tonsil; some observations and a new method of operation.)** *Journal American Medical Association. 28. November 1903.*

Nach Ablösung des vorderen Gaumenbogens mit einem gekrümmten Messer entfernt Verf. die Tonsille mittels einer Scheere. Auf diese Weise gelingt die gründliche Abtragung auf das Beste. In manchen Fällen sieht man bei der Operation fibröser Tonsillen eine Blutung aus einem kleinen arteriellen Gefäss; in solchen Fällen fasst R. das blutende Gefäss sammt dem umgebenden fibrösen Gewebe und excidirt es, bis er auf das die Tonsille umgebende Bindegewebe kommt. Dann retrahirt sich das Gefäss und die Blutung steht.

EMIL MAYER.

58) **Henrici. Die Amputation der hypertrophischen Gaumentonsillen mit der kalten Schlinge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1904.*

Empfehlung der im Titel erwähnten Methode als der idealsten, wobei wohl mancher Fachmann ein Fragezeichen zu machen versucht sein dürfte.

SCHECH.

59) **Ches. Nelson Spratt. Eine verbesserte Schlinge zur Entfernung der Tonsille. (An improved snare for the removal of the faucial tonsil.)** *American Medicine. 30. Januar 1904.*

Das Instrument ähnelt einem Tonsillotom; das schneidende Blatt ist durch eine Drahtschlinge ersetzt. Nachdem die Tonsille zuerst von den Gaumenbögen losgelöst ist, wird das Instrument umgelegt, während ein Assistent von aussen

her hinter dem Unterkieferwinkel stark drückt. Die Drahtschlinge liegt in einem Falz des ovalen gefensterten Metallrings, der um die Tonsille gelegt wird, und kommt erst hervor, wenn der am Handgriff befestigte Schieber zurückgeschoben wird.

EMIL MAYER.

60) **J. E. Rhodes. Eine neue Tonsillarzange. (A new tonsil punch forceps.)** *Medical Standard. Mai 1904.*

Das beschriebene Instrument unterscheidet sich von anderen dadurch, dass es eine rechtwinklige Biegung hat.

EMIL MAYER.

61) **Kricheldorf. Mundbeleuchtungsspiegel mit ansetzbarem Mundspiegel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1904.*

Derselbe besteht aus dem Griffe, dem Spatel mit Lampe und einem ansetzbaren Mundspiegel, den Zuleitungsdrähten und einer Trockenbatterie: zu beziehen durch Rosset, Freiburg i. B.

SCHECH.

62) **Pirquet. Gefensterter Mundspatel aus Nickeldraht.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 38. 1904.*

Auf der Escherich'schen Kinderklinik in Wien im Gebrauche; die eine Modification ist ganz gefenstert, die andere nur vorne. Zu beziehen durch Dohnat, Spitalgasse 21, Wien.

SCHECH.

d. Diphtherie und Croup.

63) **V. Monnier** und **A. Gendron. Klinische und experimentelle Studie über die Persistenz des Klebs-Löffler'schen Bacillus in den Nasenhöhlen und der Mundrachenhöhle von Diphtheriereconvalescenten. (Etude clinique et expérimentale sur la persistance du bacille de Klebs-Löffler dans les fosses nasales et dans la cavité buccopharyngée des convalescents de diphtérie.)** *Gaz. hebdom. de Nantes. August 1904.*

Noch 60 Tage nach Ablauf der Krankheit konnte man aus dem Pharynx und der Nase virulente Bazillen züchten. Der Bacillus scheint in der Nase noch länger zu verweilen, als im Hals; Verff. konnten ihn dort noch nach $4^1/_2$ Monaten auffinden. Ausspülungen der Mundrachenhöhle verändern die bakteriellen Verhältnisse in derselben, desgleichen Darreichung von aus getrocknetem Serum gefertigten Pastillen per os, auf die Nasenhöhle haben diese Maassregeln keinen Einfluss. Verf. räth, bei den Reconvalescenten Seruminjection in Dosen von noch zu bestimmender Höhe zu machen.

A. CARTAZ.

64) **F. Leegaard** (Christiania). **Diphtheriebacillen bei gesunden Schulkindern. (Difteribaciller hos friske Skoleborn.)** *Tidskrift f. d. Norske Laegéforening. p. 651. 1903.*

Unter 341 untersuchten gesunden Schulkindern einer Schule in Christiania wurden bei 2pCt. Diphtheriebacillen nachgewiesen. Thierversuche wurden nicht angestellt.

E. SCHMIEGELOW.

65) **Stadler** (Frauenfeld). **Statistischer Beitrag zu dem Verlaufe der Mortalität von Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und Masern in der Schweiz in den Jahren 1876—1900.** *Dissertation. Bern 1903.*

Ausführliche statistische Arbeit über Vertheilung der Mortalität der genannten Krankheiten auf 1. die Bevölkerung, 2. die Gesammtsterblichkeit, 3. das Alter, 4. Geschlecht, 5. Städte etc. Uns interessiren hier nur die hauptsächlichsten Angaben über die Diphtherie (D) und den Keuchhusten als laryngeale Neurose (K), ganz abzusehen von den örtlichen Vertheilungen.

1. Bevölkerung: D. in 6jährigen Perioden mit auf- und mit absteigender Curve ergaben sich Grenzen von 0,303—0,896 pM., Mittelwerth 0,489 pM., K.-Grenzen 0,139—0,348 pM.

2. Gesammtsterblichkeit: D. 14,2 (1897) bis 40,8 (1882), K. 7,0 (1893) bis 15,9 (1881).

3. Alter: Maxima D. 3. und 4. Lebensjahr 2.61 pCt., K. 1. Lebensjahr schon vom 1. Monat an steigend in toto 62 pCt.

4. Geschlecht: D. kein Unterschied, K. 12,8 pCt. mehr weibliche Mortalität.

Bezüglich der Erfolge des Diphtherieserums ergaben sich nach einer aufgeführten Berechnung von de Maureus, zu deren Beurtheilung hier die Anhaltspunkte fehlen, für 32 Schweizerstädte keine entscheidenden Zahlen, weil die Serumperiode in bedeutende Curvenschwankungen hineinfiel, so dass in einer aufsteigenden 6jährigen Curve die Mortalität durch das Serum sich sogar zu steigern schien. Zahlreiche Tafeln mit statistischen Zahlen und Curven finden sich am Schlusse der Arbeit.

JONQUIÈRE.

66) **Arthur Lessard. Diphtheriesterblichkeit in der Provinz Quebec. (Mortalité per la diphtérie dans la province de Quebec.)** *L'union médicale du Canada. October 1904.*

Im Jahre 1902 kamen in der Provinz Quebeck 813 Todesfälle an Diphtherie vor. Diese nach dem Verf. viel zu hohe Ziffer wird auf die zu späte und überhaupt verabsäumte Anwendung des Antitoxin zurückgeführt. Verf. plaidirt für kostenlose Vertheilung des Mittels seitens eines zu errichtenden provinciellen Instituts.

EMIL MAYER.

67) **Thos. W. Salmon. Die Beziehung milder Formen von Diphtherie zur allgemeinen Gesundheit. (The relation of mild types of diphtheria to the public health.)** *N. Y. Medical News. 21. November 1903.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass im Verlauf von Diphtherieepidemien eine Zunahme der Fälle von einfacher Halsentzündung zu constatiren ist. Manche dieser Halsentzündungen sind auf den Diphtheriebacillus zurückzuführen und bilden eine Gefahr für die Allgemeinheit. Verf. schlägt für diese Fälle von nicht membranöser Form die Bezeichnung „katarrhalische Diphtherie" vor. Er hofft, dass sich dann eher die Möglichkeit ergeben wird, das Publikum dafür zu erziehen, dass es auch in diesen Fällen eine ansteckende Krankheit erblickt.

LEFFERTS.

68) **Fr. Baudouin. Hypertoxische Diphtherie mit Streptokokkeninfection und Marmorek'sches Serum. (Strepto-diphtérie hypertoxique et sérum de Marmorek.)** *Annales méd.-chir. du centre. No. 16. 1904.*

Verf. berichtet über einen sehr schweren Diphtheriefall bei einem Kinde mit Albuminurie, Epistaxis, Delirien, Zungenlähmung, bei dem Anwendung von Diphtherieserum völlig versagte. Es wurden Injectionen mit Marmorek'schem Streptokokkenserum gemacht; an der Injectionsstelle bildete sich ein Abscess, in dessen Eiter Reinculturen von Streptokokken gefunden wurden. Es trat Besserung und schliesslich Heilung ein.

A. CARTAZ.

69) **Franklin W. White** und **Howard H. Smith. Herzcomplicationen bei Diphtherie. (Heart complications in diphtheria.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 20. October 1904.*

Verff. verfügen über 946 während eines Jahres im Boston City Hospital zur Beobachtung gelangte Fälle. Sie heben die grosse Häufigkeit von Herzgeräuschen und Pulsunregelmässigkeit hervor. Die Prognose hängt nicht von der blossen Anwesenheit dieser Symptome ab, sondern von der Schwere der Infection, der Länge der Zeit, während der die Krankheit nicht behandelt wurde, der Art und dem Grade der Pulsirregularität und dem Befund von ernsteren Herzsymptomen. Mässige Störungen seitens des Herzens sind sehr häufig, ernstere Complicationen dagegen selten. Da der Rhythmus des Herzens oft erheblich wechselt, so sind, wenn man zu einem richtigen Urtheil gelangen will, häufige Untersuchungen nöthig. Galopprhythmus, epigastrische Schmerzen, Erbrechen und Schwäche sind als gefahrdrohende Zeichen aufzufassen; ist gleichzeitig Galopprhythmus und Erbrechen vorhanden, so ist die Prognose höchst ungünstig. Die frühzeitige Anwendung von Antitoxin kann prophylactisch gegen das Auftreten schwerer Herzcomplicationen wirken. Die meisten ernsteren Herzcomplicationen treten in der 2. und 3. Woche auf. Plötzlicher Herztod ist, wenn die Patienten genügend lange im Bett gehalten werden, sehr selten. Nach Ablauf von 4 Wochen kann man die Gefahr einer Herzcomplication als ausgeschlossen betrachten. Herzgeräusche und Pulsirregularitäten halten in vielen Fällen noch lange an und machen eine häufige Untersuchung des Herzens während der Reconvalescenz zur Pflicht.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

70) **A. Martin** (Barcelona). **Zwei Fälle von Reflexneurose laryngealen Ursprungs. (Dos casos de neurosis reflejàs de origen laringeo.)** *Gacet. Médica Catalana. April 1903.*

In beiden Fällen handelte es sich um Kehlkopfspolypen, welche bei dem einen Patienten asthmatische, bei dem anderen epileptiforme Anfälle hervorriefen. Mit der Exstirpation beider Polypen verschwanden die neurotischen Krankheitssymptome.

R. BOTEY.

71) **J. Argullós** (Barcelona). **Keuchhusten. (Coqueluche-tosferina).** *Revist. de Medicin. Contemporán. October 1903.*

Unterscheidung der verschiedenen Stadien des Keuchhustens und ihrer Be-

handlung. Als Antisepticum zieht Verf. das Calcium sulfur. in steigender Dosis vor.

R. BOTEY.

72) **N. Swoboda** (Wien). **Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Antitussin.** *Wien. klin. Rundschau No. 23. 1904.*

Antitussin ist eine Salbe, die aus 5 Theilen Difluordiphenyl, 10 Theilen Vaselin, 85 Theilen chemisch reinem Wollfett besteht und wird, nachdem die Haut des Rückens, des Halses und der Brust abgewaschen und gründlich abgetrocknet ist, mit flacher Hand energisch in die genannten Hautpartien eingerieben. Die Erfolge waren ermuthigende.

CHIARI.

73) **John G. Sheldon. Lähmung des linken Recurrens in einem Fall von Mitralstenose. (Paralysis of the left recurrent laryngeal nerve in a case of mitral stenosis.)** *N. Y. Medical Record. 5. November 1904.*

Pat. ist eine 38jährige Frau. Das Bestehen einer Mitralstenose, eine intermittirende Lähmung des linken Recurrens, die mit der Herzinsufficienz synchron ist, das Fehlen aller Zeichen für Aneurysma, Tumor oder Adhäsionen führen den Verf. zur Diagnose einer temporären Lähmung des linken Recurrens, veranlasst dadurch, dass durch das linke Herzohr der Nerv gegen Aorta und Pulmonararterie gedrückt wird. Verf. citirt die einschlägige Literatur und kommt zu der Annahme, dass derartige Fälle oft übersehen oder missdeutet werden.

LEFFERTS.

74) **G. Gradenigo** (Turin). **Ueber einen Fall von habitueller Subluxation des Aryknorpels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 407.*

Beim Versuch zu phoniren, liess sich folgende Veränderung des bis dahin vollständig normalen Kehlkopfbildes beobachten: Verkürzung der betreffenden Stimmlippe und Fixation derselben in einer intermediären Stellung zwischen Respiration und Phonation; entsprechend dem Ligamentum ventriculare Hervortreten eines Vorsprungs gegen das Innere des Larynx mit glatter Oberfläche und normaler Schleimhaut.

F. KLEMPERER.

75) **Wolf** (Hansbach). **Drei Fälle von Fractur des Kehlkopfes und ein Fall von Luxation des Aryknorpels durch Trauma.** *Dissert. Leipzig 1904.*

In dem ersten Falle (Fall mit der vorderen Seite des Halses auf ein Brett) handelte es sich um eine Fractur des Schildknorpels, des Ringknorpels und einiger Trachealringe, in dem zweiten Falle (Eisenstange fiel quer über den Hals) um isolirten Bruch des Schildknorpels, im dritten Falle (Fall auf die Lenkstange des Rades) wahrscheinlich nur um einen Bruch der linken Kehlkopfhälfte. In einem weiteren Falle (Sturz auf eine Eisenstange) zeigte sich eine Luxation des linken Aryknorpels, indem dieser fast um seine ganze Breite nach dem Kehlkopflumen zu verschoben und vornüber gesunken war.

SEIFERT.

76) **Stolper** (Göttingen). **Ueber Kehlkopffracturen.** *Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medicin. 1. 1904.*

Im ersten Falle hatte sich ein Geisteskranker mit einem stumpfen Messer bei rückwärtsgeneigtem Kopfe eine Schnittwunde am Halse beigebracht und mit dem

Finger das Loch nach unten und oben hin aufgerissen; er konnte noch mit halblauter Stimme sprechen. Die Ring- und Schildknorpel waren gebrochen; Tracheotomia inferior, Naht der Knorpel, Tamponade der Wunde, Heilung. Im zweiten Falle war ein junger Arbeiter von einem anderen mehrmals zu Boden geworfen und gewürgt worden; Athmung sehr erschwert; sowie man den Kehlkopf und die Luftröhre von den Seiten her zusammenpresste, wurde die Athmung besser. Die nach der Tracheotomie vorgenommene laryngoskopische Untersuchung ergab keinen deutlichen Befund, doch wird eine Zusammenhangstrennung im knorpeligen Kehlkopfgefüge angenommen.

SEIFERT.

77) **R. Botey** (Barcelona). **Die Laryngoskopie, Tracheoskopie, Broncheskopie und Oesophagoskopie, auf directem Wege ausgeführt zur Entfernung von Fremdkörpern. (La laringoscopia, traquesscopia, broncospia y esofagoscopia directas en la extracción de los cuerpos extranos.)** *Archiv. Latin. de Rinol., Laringol. etc. No. 126. 1904.*

Auseinandersetzung der verschiedenen Untersuchungsmethoden mit Veröffentlichung von Photographien und Krankenberichten.

AUTOREFERAT.

78) **R. Hahn. Hämatom des Stimmbandes infolge Fremdkörper. (Ematoma della corda vocaie da corpo straniero.)** *Bollett. della malatt. dell'orecchio, della gola e dal naso. September 1904.*

Ein 42jähriger Mann kam wegen acuter Laryngitis in Behandlung. Nach 14 Tagen kehrte er wieder mit der Angabe, seine Heiserkeit habe allmälig nachgelassen, bis er vor 6 Tagen eines Morgens wieder beim Erwachen heiserer als zuvor gewesen sei. Man fand die Röthung des rechten Stimmbandes zurückgegangen und im linken einen Fremdkörper von Farbe und Form eines Reiskorns, jedoch grösser als ein solches, zum Theil im Gewebe eingekeilt, zum Theil über den Rand des Stimmbandes hinausragend. Um ihn herum bestanden Entzündungserscheinungen. Der Fremdkörper wurde mit der Pincette extrahirt; er wurde nicht untersucht, aber der Wahrscheinlichkeit nach als ein Stück Mandel angesprochen. Am nächsten Tage konnte man unterhalb der Stelle, wo der Fremdkörper gesessen hatte, eine erbsengrosse, rothe, in das Lumen vorspringende Vorwölbung constatiren. Da die Aphonie anhielt, entfernte Verf. diese Vorwölbung nach einigen Tagen mit der schneidenden Zange. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Hämatom handelte.

FINDER.

79) **Althaus. Ein seltener Fall von Laryngotomie zur Entfernung eines Fremdkörpers bei einem 10 Monate alten Kinde.** *Münch. med. Wochenschr. No. 21. 1904.*

Das Kind musste zuerst wegen Erstickungsgefahr tracheotomirt werden; da aber sich die Canüle wegen Fortdauer der Athemnoth nicht entfernen liess, wurde die Laryngotomie ausgeführt und ein Stück in den Morgagni'schen Ventrikel eingekeilter Eierschale entfernt: das Kind überstand die Operationen und noch dazu eine Pneumonie ganz gut.

SCHECH.

80) **Guinon** (Paris). **Fremdkörper der Glottis. (Corps étranger de la glotte.)** *Société de pédiatrie. 19. Januar 1904.*

Bei dem in asphyctischem Zustand ins Hospital gebrachten Kinde brachte die Intubation nur geringe Erleichterung. Lermoyez constatirte mit dem Laryngoskop einen Fremdkörper in der Glottis; er konnte ihn extrahiren. Es war ein Hemdenknopf.

PAUL RAUGÉ.

81) **M. Hajek. Fremdkörper im rechten Bronchus, Extraction mittels der unteren Bronchoskopie Killian's.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 508.*

Patient mit syphilitischer Larynxstenose wird tracheotomirt, dann mittels Schrötter'scher Zinnbolzen die Stenose dilatirt. Ein Bolzen gleitet in den subglottischen Raum, sein unteres Ende stemmt sich gegen den hinteren Rand des Canülenfensters. Da die Extraction weder des Bolzens per os noch auch der Canüle möglich ist, wird zur Laryngofissur geschritten. Beim Auseinanderziehen der Schildknorpelplatten verliert der Bolzen seinen Halt und stürzt nach unten in den rechten Bronchus, aus dem er mittels der Killian'schen Methode entfernt wird.

F. KLEMPERER.

82) **G. Killian** (Freiburg i. B.). **Die directe Tracheo-Brochoskopie und Oesophagoskopie. (La trachéo-bronchoscopie et l'oesophagoscopie directes.)** *La Presse Oto-Laryngologique Belge. No. 6. 1904.*

Mittheilung in der Belgischen otolaryngologischen Gesellschaft am 7. Juni 1903. Siehe Bericht über die Jahresversammlung der Gesellschaft.

BAYER.

83) **A. Coolidge jr. Die Extraction von Fremdkörpern aus den Bronchien. (The extraction of foreign bodies from the bronchi.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. 13. October 1904.*

Vortrag, gehalten auf der 26. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

84) **Neumayer** (München). **Ueber Broncheskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38 u. 39. 1904.*

Mittheilung von 9 Fällen hauptsächlich aus der laryngo-rhinologischen Universitätspoliklinik München, durch die der hohe diagnostische und therapeutische Werth der Methode glänzend bestätigt wird. In den meisten Fällen handelte es sich um Fremdkörper, in einem Falle um eine ringförmige luetische Stenose, die durch das Vorschieben stärker werdender Röhren beträchtlich gebessert wurde; in einzelnen Fällen war die Chloroformnarkose oder die Tracheotomie nöthig. Die interessanten Details sind im Original nachzusehen.

SCHECH.

85) **Garel** und **Durand** (Lyon). **Eine Stecknadel in einem Bronchus dritter Ordnung; Extraction mittels der Pincette durch die Bronchoskopie. (Une épingle dans une bronche de troisième ordre; extraction à la pince par la bronchoscopie inférioure.)** *Lyon médical. 24. April 1904.*

Dieser Fall ist der zweite in Frankreich nach der Killian'schen Methode operirte Fall. Der erste ist im December 1904 durch Lermoyez und Guisez ver-

öffentlicht worden. Es handelte sich in diesem Falle um eine Stahlnadel mit Glaskopf. Der Fremdkörper verursachte zuerst einen Suffocationsanfall mit Kehlkopfspasmen, der bald nachliess, um einem continuirlichen Husten Platz zu machen.

Die Radioskopie zeigte, dass die Nadel schräg in der rechten Lunge sass unterhalb der 4. Rippe. Der Kopf befand sich nach unten und aussen, die Spitze nach innen und oben gerichtet. Nach 5 Extractionsversuchen durch den Larynx wurde die Kranke tracheotomirt und das Bronchoskop durch die Tracheotomiewunde eingeführt. Bei der dritten Sitzung gelang es Garel den Fremdkörper, der in einer Tiefe von 16 cm sass, unter Leitung des Auges mit einer Pincette zu fassen. Dieses Resultat gelang erst, nachdem die Bronchien völlig anästhetisch gemacht waren. Er sah nur die Spitze der Nadel; der übrige Theil sass in einem Bronchialast dritter Ordnung. Man musste übrigens die Extraction zweimal machen, denn bei der ersten bewirkte eine tiefe Respiration des Patienten, dass die Nadel wieder in den Bronchus zurückwich. Verf. betont, dass bei Fremdkörpern der Bronchien 56 pCt. Todesfälle vorkamen und dass die Bronchotomie miserable Resultate giebt, zur Zeit ungefähr 100 pCt. mit tödtlichem Ausgang, wogegen die Killian'sche Methode in allen bisher publicirten Fällen erfolgreich war.

PAUL RAUGÉ.

86) **Ehrhardt** (Königsberg). **Ueber Intubation bei narbigen Stenosen und bei erschwertem Decanulement.** *Arch. f. klin. Chir. 71. Bd. 4. H. 1903.*

In der Königsberger Klinik wird seit 7 Jahren bei der diphtherischen Stenose der Luftwege die Intubation mit dem günstigsten Erfolge geübt. Bei starker Betheiligung des Rachens, bei tief asphyktischen Kranken darf die Intubation nicht versucht werden. Ganz besonders wird die Intubation bei der Behandlung des erschwerten Decanulements und der narbigen Kehlkopfstenosen empfohlen. Auch bei einem inoperablen Recidive eines Strumacarcinoms, sowie bei der Dilatation syphilitischer und anderer Stenosen des Larynx hat gelegentlich die Intubation besondere Dienste geleistet.

SEIFERT.

87) **Louis Fischer. Der Zustand der oberen Luftwege vor und nach der Kehlkopfintubation. (The condition of the upper air passages before and after intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 2. April 1904.*

Eine Anzahl von Kindern, die einige Jahre vorher operirt worden waren, wurden vom Verf. untersucht. Die erste Serie umfasst 10 Kinder aus der Hospitalpraxis, von denen 8 einmal, eins dreimal und eins viermal intubirt worden waren. Vier von ihnen, bei denen der Eingriff 6 Jahre zurückliegt, und ein vor 7 Jahren operirtes Kind befinden sich wohl, desgleichen 5 vor 3 Jahren operirte Kinder. Eins von diesen hatte 2 Jahre nach der Intubation einen Anfall von Croup, ohne dass eine Reintubation nöthig wurde. In allen Fällen dieser Serie beobachtete Verf. chronische Veränderungen an den Tonsillen oder der Pharynxschleimhaut. Bei zwei Kindern waren adenoide Vegetationen vorhanden.

Die zweite Serie umfasst 23 Fälle aus der Privatpraxis. Die Durchschnittsdauer, während welcher die Tube getragen wurde, umfasste $9^1/_2$ Tage oder 228 Stunden. Rhachitis fand sich sehr häufig. In der Mehrzahl von 16 Fällen waren

die Verhältnisse der oberen Luftwege vorwiegend normal; es fanden sich adenoide Vegetationen, chronische Rhinopharyngitis und Tonsillenhypertrophie. Langandauernde Laryngitis hatte in 4 Fällen bestanden.

F. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: „Alle Kinder aus beiden Serien, die wiederhergestellt wurden, waren Brustkinder; diese Art der Ernährung muss auf die Entwickelung der Knochenbildung und der Muskelstructur einen wichtigen Einfluss haben. Niemals konnte ein chronischer Husten auf das Tragen der Tube zurückgeführt werden. Zieht man zum Vergleich eine gleiche Zahl von Kindern, die niemals intubirt worden sind, heran, von gleichem Alter und Entwickelungszustand, so sieht man, dass sie in der gleichen Proportion, wie die Kinder der beiden obigen Serien, an Pneumonie und anderen Infectionskrankeiten erkranken. Das ist ein glänzendes Argument zu Gunsten der Intubation; zunächt beweist es die Toleranz des Kehlkopfes gegen das wochenlange Tragen des Tubus, ferner, dass ein geeignetes Gummirohr keine auf die Intubation zurückzuführende chronische Entzündung zurücklässt. Ans der Thatsache, dass eine grosse Anzahl der Kinder rhachitisch waren, folgert Verf., dass solche Kinder mit mangelhaft ausgebildetem Brustkorb leichter inficirt werden, als andere. LEFFERTS.

88) **Louis Fischer** (New-York). **Die Endresultate der Intubation des Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 430.*

Verf. stellte bei Nachuntersuchungen an Kindern der Hospital- und Privatpraxis, die in den Jahren 1896 bis 1900 intubirt wurden, fest, dass in keinem der Fälle eine Erkrankung der Luftwege (chronischer Husten oder andere) bestand, die auf Intubation zurückgeführt werden könnte. F. KLEMPERER

89) **Tommasi** (Lucia). **Intubation bei Ulcerationen der Ringknorpelgegend. (Intubazione nelle ulcerazioni della regione cricoidea.)** *Arch. d. Otologia. November 1903.*

Verf. berichtet über den Fall eines 4jährigen Kindes, das wegen Erstickungsgefahr bei primärer Larynxdiphtherie intubirt wurde. Die Tube wurde 3 Monate lang getragen, während dieser Zeit ungemein häufig ausgehustet und wieder eingeführt. Bei einer solchen spontanen Extubation fiel das Kind plötzlich todt um. Bei der Section fand man in der Ringknorpelgegend mehrere von Wucherungen umgebene Ulcerationen; der Knorpel war an diesen Stellen vom Perichondrium entblösst. Als Grund für diese Ulcerationen sieht Verf. nicht das persistente Tragen des Tubus an, sondern vielmehr den infectiösen Charakter der Krankheit. Er räth, nachdem die dringende Lebensgefahr durch die Intubation beseitigt ist, dann in aller Ruhe die secundäre Tracheotomie zu machen. FINDER.

90) **Burt Russell Shurley. Intubation. (Intubation.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. October 1904.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die O'Dwyer'schen Tuben sind im Allgemeinen zufriedenstellend und sollen nicht durch billige Modificationen ersetzt werden. Digitaluntersuchung der Umgebung des Larynxeingangs ist ungemein wichtig. Misslingen der Intubation ist, von sehr seltenen Fällen abgesehen, auf den Operateur zurückzuführen. Verlegung der Tube ist häufiger nach grossen

Antitoxingaben. In der Privatpraxis ist frühzeitige Intubation und Entfernung des Tubus am 4. Tage angezeigt. Es besteht ein directes Verhältniss zwischen frühzeitiger Extubation und Anwendung grosser Antitoxingaben. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

91) **Alt. Zur Schilddrüsenbehandlung des angeborenen Myxödems.** *Münch. med. Wochenschr. No. 28. 1904.*

A. erzielte bei methodischer Behandlung mit Merck'schen Schilddrüsentabletten, à 0,1 alle 2 Tage, dann täglich eine, sehr günstige Resultate bei angeborener Myxidiotie. Wird durch Fehlen oder Versagen der Schilddrüse in einem Körper der intermediäre Stickstoffabbau behindert und dadurch die myxödematöse Autointoxication ausgelöst, so kann durch anderweitige Einführung von Schilddrüsensubstanz oder Thyreojodin die eigentlich dem Körper selbst zufallende Function der Eiweissoxydation ausreichend ersetzt und damit einer Eigenvergiftung vorgebeugt oder abgeholfen werden. SCHECH.

92) **Bern D. Colby. Ein Fall von Sarkom der Schilddrüse. (A case of sarcoma of the thyreoid.)** *Vermont Medical Monthly. 15. September 1904.*

Der Fall betraf eine 67jährige Frau. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein aus pigmentirten, grossen Zellen gebildetes Sarkom. EMIL MAYER.

93) **Oliver C. Smith. Accessorische Schilddrüse auf dem hinteren Drittel der Zunge. (Accessory thyreoid on the posterior third of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 29. October 1904.*

Bei der 50jährigen Patientin sah man beim Vorziehen der Zunge einen ovalen Tumor vom hinteren Drittel der Zunge hervorspringen, der die Epiglottis verdeckte. Der Tumor hatte eine Länge von ungefähr 5 cm und war $^2/_3$ mal so breit. Er fühlte sich fest, aber etwas elastisch an. Er war nicht schmerzhaft. Die Drüsen der Nachbarschaft waren nicht geschwollen, noch fand sich an der Thyreoidea etwas Abnormes. Der Tumor wurde unter geringer Blutung vom Munde aus mit dem Ecraseur unter Cocainanästhesie entfernt und erwies sich als aus Schilddrüsengewebe zusammengesetzt. LEFFERTS.

94) **Dolore** und **Piellot** (Lyon). **Chirurgie der Schilddrüse in der Klinik des Professor Porcet in Lyon. (Chirurgie du goitre à la clinique du professeur Porcet à Lyon.)** *Bulletin médical. 10. August 1904.*

Die den Zeitraum von 1891 bis 1904 umfassende Statistik erstreckt sich auf 152 Fälle von einfachem Kropf (103 Frauen, 49 Männer), 12 Strumitiden (6 Frauen, 6 Männer), 56 Fälle von Schilddrüsenkrebs (36 Frauen, 20 Männer). Die enucleirbaren Formen bildeten die Majorität: 93 Fälle; die nicht enucleirbaren Fälle sind seltener: 21 partielle Thyreodectomien, eine Resection und 23 Exothyreopexien. Der Schilddrüsenkrebs ist häufiger als man glaubt. Was die Operation betrifft, so ist die Punction mit und ohne nachfolgende Injection beim einfachen Kropf zu verwerfen. Bei den 93 Fällen von Enucleation waren 2 Todesfälle, bei 21 par-

tiellen Thyreodectomien 2 Todesfälle, bei 23 Exothyreopexien kein Todesfall vorhanden.

Beim Carcinom ist, wenn möglich, die Abtragung des Tumors zu versuchen.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

95) **Villemin. Gastrotomie wegen angeborenen Verschlusses der Speiseröhre. (Gastrotomie pour imperforation de l'oesophage.)** *Société de chirurgie. 6. Juli 1904.*

Das am dritten Tage nach der Geburt operirte Kind starb elnige Tage später. Das untere Ende des Oesophagus endete, wie gewöhnlich in solchen Fällen, in die Trachea, der obere Theil endete in einen Blindsack.

PAUL RAUGÉ.

96) **Kirmisson** (Paris). **Angeborener Verschluss der Speiseröhre. (Imperforation congénitale de l'oesophage.)** *Société de chirurgie. 13. Juli 1904.*

Trotz der Gastrotomie trat am Tage der Geburt der Exitus ein.

PAUL RAUGÉ.

97) **James H. Dunn. Gastrotomie bei Oesophagusstrictur. (Gastrotomy in oesophageal structure.)** *N. Y. Medieal Journal. 17. September 1904.*

Verf. berichtet über die Verbesserungen der Operationstechnik, beschreibt dieselbe und theilt 3 Fälle mit.

LEFFERTS.

98) **Bérard** (Lyon). **Ueber Fremdkörper der Speiseröhre. (A propos des corps étrangers de l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 6. Juli 1904.*

Entfernung eines in Höhe des Sterno-Claviculargelenkes stecken gebliebenen Soustücks mit der Pincette aus der Speiseröhre eines 4 Monate alten Kindes. Die Operation wurde bei hängendem Kopf unter Führung des Fingers vorgenommen.

PAUL RAUGÉ.

II. Gesellschaftsberichte.

a) Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen.

(Ausführlicher Bericht von Georg Avellis bei Stuber, Würzburg 1904.)

11. Versammlung Pfingsten 1904.

Vorsitzender: Zarnikow.
Schriftführer: Avellis.

1. Karl Hermann: Die Kunst des richtigen Athmens und ihre Bedeutung für die Lautgebung.

H. fasst seine Ausführungen, die vom Standpunkt des Sprachlehrers ausgehen, wie folgt zusammen: Die Kunst des richtigen Athmens, d. h. die Fähigkeit, mit der Brust oder dem Zwerchfell oder mit der gesammten Musculatur schnell oder langsam, an- und abschwellend unhörbar ein- und auszuathmen und nie



mehr Luft ausströmen zu lassen, als zur Erzeugung einer reiner Schwingung nothwendig ist, bleibt die Grundbedingung jeder gesunden, leichten und richtigen Tonbildung. H. empfiehlt, diese Ausathmung an den Halbvocalen m, n, w, b, z, i, r als Augenblicks- oder Dauerlaute (Summen) zu üben.

Discussion: Winckler, Avellis.

2. Killian (Freiburg): Bemerkungen zur Radicaloperation chronischer Kiefer- und Stirnhöhleneiterungen.

a) Empfehlung der Luc'schen Methode; die Oeffnung in der medialen Kieferhöhlenwand soll breit sein und gegebenen Falles ein entsprechender Theil der unteren Muschel resecirt werden. Primäre Naht der oralen Wunde macht K. nicht, tamponirt vielmehr (Beuteltamponade). b) Stirnhöhle: Weitere Ausführungen zu K.'s Verfahren.

Indicationen der Operation: 1. Erfolglosigkeit früherer Operationen. 2. Abscess und Fistelbildung. 3. Verdacht intracranieller Complicationen. 4. Schmerzen, Fieber, fötid werdendes Exsudat. 5. Kopfschmerzen, Augenbeschwerden, die nicht durch intranasale Eingriffe zu beseitigen sind. 6. Wenn die Eiterung trotz wiederholter Ausspülungen fötid bleibt. 7. Recidivirende Polypenbildung bei Entzündung der Stirnhöhle und Stirnzellen. 8. Bei einfacher Eiterung auf Wunsch des Patienten nach rascher Heilung. Verfahren: Tamponade der ganzen Nase mit Wattetampon, Hautschnitt bis aufs Periost, am temporalen Ende der Augenbraue beginnend, 4—5 Quermarken sind zu markiren. Periostschnitt etwas höher, als der Orbitalspange entspricht. Resection der vorderen Wand mit Lombard'scher Zange und Winkelmeissel, Resection des Stirnfortsatzes, des medialen und lateralen Theils des Stirnhöhlenbodens. Sorgfältige Beseitigung der Orbitalbuchten der Stirnhöhle ist unbedingt erforderlich. Keilbein- und Siebbeinzellen sind bei der Killian'schen Operation leicht zugänglich. Der Bildung eines Schleimhautlappens wird principielle Bedeutung nicht beigelegt. Primäre oder secundäre Naht, je nach Vorhandensein von acuten Processen und intracraniellen Complicationen. Zur Verbesserung des kosmetischen Resultates Paraffininjectionen.

Discussion:

Winckler will keine Universaloperation für die Stirnhöhle anerkennen, wendet in geeigneten Fällen osteoplastische Operationen an.

Hegener berichtet von schlechten Erfahrungen, die in der Heidelberger Ohrenklinik mit Modificationen der Killian'schen Operationen gemacht sind.

Stein giebt Winke, wie die von Vohsen und Killian erwähnten Nachtheile der Paraffininjectionen zu vermeiden sind.

Litwinowicz berichtet über drei Fälle, in denen nach Luc-Caldwell'scher Operation neuralgische Erscheinungen auftraten.

v. Eicken hat die Luc'sche Operation in 5 Fällen unter localer Anästhesie gemacht.

Killian: Schlusswort.

3. Jurasz: Zur Radicaloperation bei chronischen Eiterungen der Kieferhöhle.

J. befürwortet die Eröffnung der genannten Höhle von dem Processus alveolaris aus nach Extraction mehrerer Zähne. Anlegung einer hinreichend grossen Oeffnung, um Wucherungen etc. auszukratzen. Krankengeschichten von drei in dieser Weise operirten Fällen. Vortragender hebt hervor, dass diese Methode lediglich für die Fälle bestimmt sei, die, wie die erwähnten, mit Wahrscheinlichkeit als von einer Zahnerkrankung ausgehend erscheinen und bei denen der harte Gaumen nur schwach gewölbt sei. In diesen Fällen hat der Eingriff vor der Eröffnung von der Fossa canina aus folgende Vorzüge: Geringer Eingriff, ohne Narkose möglich, Möglichkeit eines guten Abschlusses von der Mundhöhle durch Prothese, schnelle Heilung.

4. Port: Demonstration von Prothesen für die Oberkieferhöhle.

P. empfiehlt die Eröffnung der Kieferhöhle vom Processus alveolaris aus recht breit zu machen; dann ist ein Zapfen, der die Wunde offen halten soll, überflüssig. Demonstration einiger Prothesen.

Discussion:

Proebsting empfiehlt in Uebereinstimmung mit Jurasz bei zahnlosen alten Leuten Eröffnung vom Zahnfortsatz aus, und zwar mit Knochenzange, es ist dafür, den Stift nicht an die Platte der Prothese zu befestigeu.

5. Goldmann: a) Demonstration von Röntgenaufnahmen der Stirnhöhlengegend.

Aufnahme in anteroposteriorem Durchmesser mit Compressionsblende, Expositionszeit $1^1/_2$—2 Minuten, je nach Dicke des Schädels. Das Verfahren giebt Aufschluss über Dinge, die vor der Operation zu wissen erwünscht sind, wie und ob überhaupt Stirnhöhlen vorhanden, Lage, Ausdehnung, Lamellen in derselben etc.

b) Demonstration von Gefässanastomosen der Schilddrüse und des Kehlkopfes.

Injection der Schilddrüsengefässe unmittelbar vor Eintritt in die Schilddrüse mit Wismuthöl; Röntgenaufnahme ergab, dass der Kehlkopf gleichsam die Anastomosenbrücke für die Schilddrüsengefässe darstellt. G. weist auf die Wichtigkeit dieser Beziehungen der gedachten Organe bei Erkrankungen des einen derselben hin.

Discussion: Winckler.

6. Jurasz: Demonstration von Patienten.

a) Zwei Fälle von jahrelang endolaryngeal geheiltem Stimmbandcarcinom.

b) Zwei Fälle von ausgedehnten Gefässectasien im Mund, Rachen und Kehlkopf.

c) Einen Fall von Papillom des Nasenrachenraumes, auf der hinteren Gaumensegelwand sitzend.



7. von Eicken: Zur directen Laryngo-Tracheoskopie.

Die Mängel der Kirstein'schen Autoskopie mittelst Spatels haben zur Construction eines röhrenförmigen Instruments geführt, das bestimmt ist, den Kehlkopf (hintere Wand) und die Trachea direct sichtbar zu machen. Der Röhrenspatel wird nach Cocainisirung des Kehlkopfs über die Epiglottis hinweg in den Kehlkopfeingang eingeführt und ist fast bei allen Patienten anwendbar. Das Instrument bildet auch eine wesentliche Erleichterung zur Bronchoskopie; das Bronchoskop wird durch den Röhrenspatel hindurchgeschoben.

Demonstration an Patienten.

8. Winckler: Beitrag zur Therapie der Larynxtuberculose.

W. giebt mit aller Reserve einen Bericht von der heilenden Wirkung der Röntgenstrahlen bei Larynxtuberculose, die er in drei Fällen mit gutem Erfolge anwandte.

9. Seifert: Ueber Amyloid des Larynx.

Nach einer vollständigen Uebersicht über die Litteratur Bericht von einem Falle: 27jähriges Mädchen, bis auf Gelenkrheumatismus, mit 15 Jahren durchgemacht, stets gesund. Zur Zeit der Untersuchung im Uebrigen nichts Abnormes. Unter dem Taschenband ein Tumor, der aus dem Ventrikel hervorzukommen scheint; er ist von röthlicher Farbe, höckeriger Oberfläche, bei Sondenuntersuchung derbe Consistenz. Operative Entfernung des Tumors, Heilung. Histologische Diagnose: Amyloidtumor. Klinisches Bild: Höheres Alter, männliches Geschlecht vorwiegend befallen, Dauer zwischen mehreren Monaten und vierzig Jahren. Prognose günstig. S. unterscheidet die infiltrirende Form der Geschwulstbildung und den solitären oder multiplen knotigen Tumor. Farbe meist blassröthlich bis goldgelb. Goldgelbe Farbe und durchscheinende Beschaffenheit erleichtern die Diagnose. Aetiologie dunkel.

Blumenfeld weist auf einen Fall mit Metastasenbildung hin.

Lindt berichtet von einem weiteren Fall.

10. Winckler: Ueber die Entfernung von Gaumenmandeln und die Indication zu diesem Eingriff.

Die Resultate der Tonsillotomie, der Amputation des die Gaumenbögen überragenden Theiles der Gaumenmandel sind oft nicht zufriedenstellend. W. empfiehlt die Evulsion der Mandel; dieselbe wird mit Hartmann'scher Zange gefasst und stumpf mit dem Elevatorium ausgelöst unter Cocain oder Narkose. Heilung in 10 bis 12 Tagen. Unter 500 Fällen nur zweimal Nachblutung. Indication: 1. Verdacht auf Tuberculose. 2. Tonsillarabscesse und Peritonsillitiden. 3. Zerklüftete Tonsillen und Neigung zu Anginen. 4. Bei Pfropfbildung in der ganzen Tonsille. Bei harten, mit den Gaumenbögen verwachsenen Tonsillen, falls die Stimmbildung beeinträchtigt ist.

Discussion:

Kronenberg weist auf ein ähnliches Vorgehen Hopmann's hin.

Avellis weist auf die Wirkung der von Mackenzie und Semon empfohlenen Resina Guajaci bei peritonsillären Phlegmonen hin, bezweifelt die Wirkung

der Evulsion bei gewohnheitsmässiger Phlegmone nach Angina, da hier sich Mandelgewebe zwischen den Velumblättern findet.

Albert E. Stein: Ueber die Verwendung der Paraffininjectionen in der Rhinologie.

Siehe die Besprechung der Stein'schen Monographie in No. 11, S. 564 f., 1904, des Centralblattes. Blumenfeld (Wiesbaden).

b) Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen rhino-oto-laryngologischen Gesellschaft vom 11. und 12. Juni 1904.

Vorsitzender: Cheval.

Sitzung vom 11. Juni im St. Petrushospital.

I. Demonstration anatomischer Präparate.

Delie (Ypres): Echte Oberkiefer-Zahncyste.

D. hatte dieselbe bei einem 13jähr. Mädchen vermittelst der Trepanation des Sin. maxill. entfernt, eine fleischige, in eine fibröse Hülle eingeschlossene Gewebsmasse, in deren Centrum ein Eckzahn sitzt, enucleirend. Die Dentition hatte normal stattgefunden; bei der Durchleuchtung konnte man eine deutliche Opacität erkennen; bei der Punction entleerte sich eine mit Cholestearin vermischte Flüssigkeit.

II. Mikroskopische Präparate und Photogramme.

Onodi (Budapest): Photogramm anatomischer Präparate der Nase und von Nasenhöhlenoperationen.

Cheval zeigt im Auftrage Onodi's die höchst interessanten Photographien vor.

Schiffers (Lüttich) demonstrirt das mikroskopische Präparat eines myxomatösen Larynxtumors, welchen er einer 57jährigen Frau entfernt hatte; Sch. ist der Ansicht, dass man einen Unterschied machen müsse zwischen wahrem Myxom und localisirtem Oedem mit Tendenz zur Hypertrophie, welches gewöhnlich mit jenem confundirt werde. Was die Prognose anbelange, so recidivire das wahre Myxom gewöhnlich nicht nach seiner Abtragung, dagegen reproducire sich das localisirte Oedem mit Neigung zur Hypertrophie mit der grössten Leichtigkeit.

Janques hält es für schwer, einen Unterschied zwischen den beiden Arten von Myxom herauszufinden; nach seiner Ansicht wäre eher eine Unterscheidung in der Evolution eines und desselben Tumors zu machen.

Auf Trétrop's Anfrage, worauf Sch. sich basire, um eine Differentialdiagnose zwischen beiden Affectionen zu machen, antwortet dieser, dass eine Differenz in dem Vorwiegen von Bindegewebe beim wahren Myxom und dem von Oedem in dem andern zu constatiren sei. Ausserdem differirten dieselben bezüglich der Prognose.

Schiffers: Sarkom der Mandel.

Mikroskopische Präparate einer sarkomatösen Mandel, herstammend von einer sehr alten Person; die mikroskopische Diagnose wurde vor 9 Jahren gestellt, da-

raus könne man ersehen, dass man bei derartigen Affectionen über die Prognose sich reservirt aussprechen sollte.

Schiffers: Kehlkopfepitheliom.

Tumor an der unteren Fläche des wahren Stimmbandes in der Reg. subglottica; das einzige Symptom bestand in Aphonie. Sch. zieht die Thyreotomie den endolaryngealen Eingriffen für die Heilung derartiger Fälle vor.

Delsaux (Brüssel): Kehlkopfkrebs, behandelt mit Radiumtherapie. Die Einwirkung des Radiums ist scharf ausgesprochen und besteht in der fibrösen Condensation der den Strahlungen ausgesetzten Zellen.

III. Vorzeigen von Instrumenten.

Broeckaert (Gent): Injector für kalte Paraffineinspritzungen.

Lagarde (Paris) hat kürzlich eine specielle Spritze für kalte Paraffineinspritzungen patentiren lassen, welche aber für die Rhinologie keine grossen Dienste zu leisten verspricht, da diese Eingriffe eine sehr grosse Delicatesse erheischen. B. zeigt eine Spritze vor, welche auf demselben Princip beruht, aber selbst nur die erste Etappe zur Realisation eines noch vollkommeneren Instrumentes bildet, welches möglich machen wird, die Injectionen mit einer einzigen Hand und der gleichen Leichtigkeit auszuführen, wie mit der Spritze für warme Injectionen.

Labarre (Brüssel): Paraffinspritze nach dem Princip der Delsaux-schen Spritze für Intratrachealinjectionen. Vortheil: Schnelligkeit der Ausführung der Injectionen und leichte Regulirung der zu injicirenden Paraffinmenge.

Delsaux (Brüssel): Adenoide Wucherungen und Contrerespiratoren.

Um die Kinder daran zu gewöhnen, den Mund geschlossen zu halten, hat D. intrabuccale Platten construirt, welche nach einem Abdruck der Zahnreihe und des Zahnfleisches modellirt sind, und sich exact dem Munde des Kindes anpassen. Diese Contrerespiratoren werden Anfangs nur einige Minuten gut ertragen, allmählich etwas länger, bis schliesslich das Kind damit einschläft. Um üble Zufälle zu vermeiden, befestigt man an einer an der Guttaperchaplatte angebrachten metallenen Oese einen Faden, welchen man dem kleinen Patienten um den Hals bindet. Es müssen mit dem Contrerespirator im Munde Athmungsübungen vorgenommen werden, und zwar zweimal täglich, verbunden mit Heben und Senken der Arme. Die damit erzielten günstigen Resultate veranlassten D., die Methode weiter zu empfehlen.

Heyninx (Brüssel) spricht sich für Metallplatten aus, als mehr aseptisch als die Hartkautschuckplatten. Delsaux wirft denselben aber vor, dass sie den Mund nicht exact schliessen, ausserdem könnten die Guttaperchaplatten hinreichend aseptisch gehalten werden.

Lenoir (Brüssel) zeigt eine Zange zur Eröffnung des Sin. maxill. vor; die Branchen derselben haben den Verschluss einer Geburtszange und dienen dazu, die Knochenwand, welche den Sinus von der entsprechenden Nasenhöhle trennt, zu fracturiren und zu entfernen.

Delsaux macht darauf aufmerksam, dass, abgesehen von der Verschlussvorrichtung, ein ganz ähnliches Instrument vor zwei Jahren von Merk vorgezeigt wurde; dieses Instrument ist Lenoir entgangen, er denkt sich aber, dass es dazu bestimmt sei, die Sinuswand zu trepaniren, weil man zu gleicher Zeit ein Knochenrondel entferne; sein Instrument schneide nicht und diene dazu, die Muschel zu zerstückeln und ebenso die Sinuswand, und zwar in einer mehr minder grossen Ausdehnung, was die Sinusdrainage erleichtere.

Labarre (Brüssel) explicirt die Vortheile seines „Aseptischen Compressenvertheilers“, nämlich eine vollständig metallene, demgemäss sterilisirbare Büchse, welche es ermöglicht, an die Patienten je nach Bedürfniss eine aseptische Compresse nach der andern zu vertheilen.

Delsaux (Brüssel) zeigt ein aseptisches Instrumentenbesteck vor für Nasen-, Hals- und Ohruntersuchung ausser dem Hause.

Sitzung vom 12. Juni im St. Petrushospital.

IV. Krankenvorstellung.

Bayer (Brüssel) stellt eine Kranke vor von 18 Jahren, welche er an einer zahnhaltigen Cyste des linken Oberkiefers nach dem Verfahren von V. von Bruns operirt hatte mit der Modification, dass er die ganze hypertrophische Sinusschleimhaut mit entfernte. Resultat ohne jegliche Spur der früheren Difformität. Die Zahncyste enthielt zwei vollständig entwickelte Eckzähne, den Milchzahn und den bleibenden Eckzahn; sie repräsentirt somit den Typus folliculärer Zahncysten aus der 3. Periode, d. h. der Zeit der vollendeten Kronenbildung, wie sie der Autor in seiner Inauguraldissertation „Ueber die Zahncysten der Kiefer“, Tübingen 1874 beschrieben.

Vorzeigen des Präparates.

Bayer stellt einen 27jährigen Kranken vor, welchen er an einer periostalen resp. subperiostalen Zahncyste des linken Oberkiefers im Februar l. J. operirt hatte; die Cyste hatte sich in der Alveole des 2. Schneidezahns entwickelt und innerhalb 7 Jahren Grosswallnussgrösse erreicht. Inhalt: serös-eitrige Flüssigkeit; die Knochenhöhle ist nunmehr nahezu obliterirt.

Bayer stellt ein junges Mädchen von 16 Jahren vor, welches an nahezu vollständigem Nasenverschluss mit starkem Näseln infolge polypöser Hypertrophie der Nasenmuscheln gelitten. Der Sprachfehler verhinderte ihre Anfnahme in der Ausbildungsschule für Lehrerinnen; sie war ausserdem in ihrer physischen Entwicklung sehr weit zurück; Amenorrhoe etc. Nach Resection des Kopf- und Schwanztheils der Muscheln und Transfixion derselben mit dem Galvanocauter stellten die Regeln sich alsbald ein und auch sonst entwickelte sie sich sehr rasch.

Hennebert (Brüssel) stellt eine an einer „Paradentalzahncyste“ operirte Kranke vor. Dieselbe hatte sich 2 Jahre nach einem Bruch des rechten oberen Schneidezahnrandes entwickelt und wölbte die linke Oberlippenhälfte stark hervor; ihre vordere pergamentartige Wand umschloss eine weisse, dicke Cystenmembran ohne Adhärenz mit der sie umgebenden Knochenkapsel, aus welcher sie in ihrer ganzen Totalität enucleirt wurde. Die Zahncyste ragte nackt in das Cysteninnere

hinein (also eine „periostale Zahncyste". Ref.). Die histologische Untersuchung ergab eine äussere fibröse Lage, austapezirt nach innen mit einer dicken Schicht Epithelialzellen, die zum grössten Theil aus Plattenepithelien bestehen.

Capart jr. (Brüssel): Bösartiger Tumor der Nasenhöhle.

42jähr. Frau mit einem voluminösen, exulcerirten Tumor der rechten Nasenhöhle, begleitet von heftigen Blutungen, wird durch eine eingreifende Operation von ihrem Uebel befreit; der Allgemeinzustand hob sich mit einer Gewichtszunahme von 16 Kilo; die Heilung hält seit $1^1/_2$ Jahren an.

Beco (Lüttich) stellt einen $15^1/_2$jähr. Kranken mit Fibroenchondrosarcom der Nasenrachenhöhle vor, mit starken Verwachsungen und Fortpflanzungen auf die Nasenhöhle. Trotz Zerstückelung, galvanocaustischen Cauterisationen und Electrolysen nimmt dasselbe nicht ab. Der Allgemeinzustand hat sich übrigens gehoben. B. fragt, ob man mit der Electrolyse fortfahren und dieselbe eventuell verstärken oder ob man den Tumor exstirpiren resp. ausreissen solle?

Capart, Schiffers, Bayer sprechen sich für das erstere aus, weil sie damit gute Erfolge erzielt hätten, während Lubet-Barbon, Delie, De Greift und Blondian sich für die blutige Entfernung aussprechen. Lubet-Barbon verspricht sich von seiner Zange gute Dienste, während Delie die Rugine empfiehlt. Blondian und De Greift bemerken, dass die Tumoren im Allgemeinen weniger adhärent seien, als es den Anschein habe.

Cheval (Brüssel) stellt eine Reihe von an totaler Laryngectomie wegen Keklkopfkrebs operirten Kranken vor; er zieht diese Operation der partiellen Laryngotomie und Thyrotomie vor. Was die Radiumtherapie und die Methode von Mahu (Bepinselungen mit Adrenalin) anbelange, so könne er sich nicht darüber aussprechen, weil diese Methoden noch nicht die Zeitprobe bestanden hätten.

Mahu antwortet, seine Methode beanspruche keineswegs, krebsige Neubildungen zu heilen und habe nur einen palliativen Zweck.

Delsaux (Brüssel): Ausstülpung (Eversion) oder Vorfall (Prolaps) des Ventric. Morgagni? Seit den Studien von B. Fränkel (1894) ist man noch nicht darüber einig geworden, was man unter Eversion und Prolaps des Morgagni'schen Ventrikels zu verstehen habe. D. zeigt ein pathologisches Präparat vor, herstammend von einem geheilten Patienten. D. schlug vor, als Prolaps die Schleimhauthernie durch die natürliche Ventrikelöffnung und als Eversion die durch die Seitenwand des Larynx zu bezeichnen.

Heyninx möchte den umgekehrten Vorschlag machen und mit Eversion die Schleimhauthernie durch die natürliche Ventrikelöffnung und mit Prolaps die durch die Seitenwand des Larynx bezeichnen.

Delsaux betont die Seltenheit der Fälle und fügt bei, dass die Entfernung der Geschwulst mit der galvanocaustischen Schlinge vorgenommen und die Operationswunde rasch geheilt sei.

Labarre (Brüssel): Aeusserer nach der Mahu'schen Methode behandelter Kehlkopftumor ulcerirte mit allen klinischen Zeichen eines Epithelioms versehenen Geschwulst der äussern Fläche der rechten aryepiglottischen

Falte; die specifische Behandlung ergab kein Resultat, worauf Bepinselungen mit Adrenalin nach Mahu versucht wurden, worauf die Geschwulst sich so rasch zurückbildete, dass es schwer fällt, jetzt noch genau ihren Sitz festzustellen. L. betont das erzielte wirklich staunenswerthe Resultat, das ebenso wie die Diagnose von Capart sr., der die Kranke im Beginn der Affection untersucht hatte, bestätigt werden konnte.

Cheval spricht seine Bedenken aus, da keine mikroskopische Untersuchung vorliege.

Capart jr.: Trachealtrauma.

9 Stunden nach einem Versuch, sich zu hängen, stellt sich bei dem 64jähr. Patienten ein umfangreiches Emphysem des Thorax, der linken oberen Extremität, des Halses und des Gesichts ein. Tracheotomie ohne Narkose nach der Schleich-schen Methode. Während der Operation löste sich plötzlich die Trachea vom Larynx los, und es musste eine lange Incision gemacht werden, um sie aufzufinden und mit dem oberen Ende an die Haut zu fixiren. Heilung. In der Folge musste die Laryngofissur vorgenommen werden behufs Entfernung der fehlerhaften Narbe. Patient trägt jetzt keine Canüle mehr und seine Heilung kann als bleibend angesehen werden.

Goris (Brüssel): Spätresultat der Thyreotomie bei Larynxtuberculose.

G. stellt die Kranke vor, bei welcher er vor einigen Jahren die Thyreotomie wegen beginnender Larynxtuberculose vorgenommen hatte. Resultat sehr gut und Heilung constant. Bei einem anderen, weiter vorgeschrittenen Falle, bei welchem G. denselben Eingriff vorgenommen hatte, war das Resultat einfach schlecht. G. schliesst daraus, dass die Methode bei dieser nur unter der Bedingung gute Resultate liefern könne, dass man die Krankheit gleich von Anfang an in Angriff nehme bei noch unversehrtem Allgemeinzustand. In vorgeschrittenen Fällen kein blutiger Eingriff.

Delsaux (Brüssel): Zwei Fälle von anomaler Beweglichkeit der Zunge.

Die Patienten können die Zunge nach oben umschlagen und hinter das Gaumensegel führen, und ebenfalls weiter herausstrecken, als das gewöhnlich der Fall ist. Er habe nur 6 derartige Fälle in der Literatur auffinden können.

Capart jr. (Brüssel): Oesophagusdivertikel.

Patient leidet an Deglutitionsbeschwerden seit mehreren Jahren. C. stellte die Diagnose Oesophagusdivertikel und nahm die Entfernung desselben vor; die Operation des ein ansehnliches Volumen repräsentirenden Divertikels gelang leicht und die Heilung ist definitiv. Nach C. sind die Divertikel nicht so selten, als man glauben könnte; er habe persönlich mehrere Fälle gesehen.

Goris fragt C., was er mit der Schilddrüse während der Operation gemacht habe? C. antwortet, er habe dieselbe, ebenso wie den Larynx, mit der grössten Leichtigkeit zurückgeschoben.

Laurent (Brüssel) möchte nähere Auskunft über die Aetiologie der Affection haben; C. kann ihn nicht befriedigen, da die Pathogenie der Oesophagusdivertikel zur Zeit noch lebhaft discutirt sei.

Goris (Brüssel): Riesenkropf, operirt in zwei Sitzungen: voluminöser Kropf; Halsumfang 54 cm, macht den Träger unfähig zu jeglicher Arbeit. Da der Kropf multilobulär war, dachte G. denselben leicht enucleiren zu können. Die Operation gestaltete sich aber im Gegentheil äusserst mühsam, und nach 2 langen Stunden musste G. wegen des schlechten Pulses die Operation aufschieben, um sie nach einigen Tagen zu vollenden. Diesmal gebrauchte er die Vorsichtsmaassregel, die Gefässe vorher zu unterbinden, was die Operation bedeutend erleichterte und rasch zur Ausführung bringen liess. Zu bemerken ist noch das Auftreten eines sehr intensiven postoperativen Thyreoidfiebers.

Labarre (Brüssel): Fall von Gesichtshemiatrophie, mit Erfolg behandelt durch die Paraffinmethode.

Beginn der Affection im Alter von 7 Jahren, zu welcher Zeit das linke Gesichtsskelett einen Wachsthumsstillstand erlitt, während die entgegengesetzte Seite sich normaliter entwickelte. Die Difformität nahm in der Folge stetig zu, bis sie den jetzigen Grad erreichte. Nachdem verschiedene Behandlungsweisen ohne Erfolg angewandt worden, kam Depage auf die Idee, die Gesichtssymmetrie mit Injectionen soliden Paraffins wieder herzustellen. Dazu wurden 20 ccm in zwei Sitzungen injicirt, zum Theil in die Gingivobuccalfurche, zum Theil unter die Haut. Das Resultat der Prothese war perfect und ist ein schlagender Beweis für den Werth der Gersuny-Eckstein'schen Methode für die Aesthetik.

Lenoir (Brüssel) stellt einen Patienten von 33 Jahren vor mit symmetrischen Polyexostosen des Gesichts: 1. einem gänseeigrossen Osteom im Bereiche des horizontalen Unterkieferastes und 2. einem grossmandelgrossen Tumor von derselben Beschaffenheit im Bereiche des aufsteigenden Astes des Oberkiefers. Die symmetrischen Läsionen begannen vor 8 Jahren; weder specifische noch hereditäre Antecedentien bei dem Kranken vorhanden.

Nachmittagssitzung im Solvay'schen Institut.

V. Mittheilungen.

Broeckaert (Gent): Rhinitis vegetans; anatomo-pathologische und bakteriologische Studie.

Die Affection habe ihren Sitz hauptsächlich im hinteren Theil der Nasenhöhle, und zeige im klinischen Sinne eine grosse Aehnlichkeit mit dem Lupus und der Tuberculose. Aus den von B. vorgenommenen histologisch-pathologischen Untersuchungen ergiebt sich, dass man es nicht mit einer lupösen oder tuberculösen Affection, wohl aber mit wirklich entzündlichen, vielleicht dem Staphylococcus zuzuschreibenden Tumoren zu thun habe, gegen welche die Curettage die beste Behandlung bilde.

Cartex (Paris) ist nie derartigen Producten an der Nasenscheidewand begegnet; er sieht dieselben als gleichbedeutend mit den „Muschelschwänzen“ oder „maulbeerartigen“ Muscheln an.

B. erkennt an, dass es sich um ein und dieselbe Affection handeln könne.

Ziem (Danzig): Ueber die Physiologie der unteren Muschel.

Z. hat eine Reihe sehr interessanter Photographien eingesandt. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die bis jetzt noch nicht vollständig aufgeklärte Function der unteren Muschel bei Säugethieren; dieses Organ dient nicht nur dazu, die Einathmungsluft zu erwärmen, sondern spielt dank seiner blättrigen Form auch noch eine wichtige mechanische Rolle für die Olfaction. Es sind noch weitere Nachforschungen auf dem Gebiete der vergleichenden Physiologie und Anatomie an frischen Thierschädelschnitten nöthig, um die Coincidenz oder Nichtcoincidenz blättriger Muscheln mit Makrostomatie zu bestätigen.

Noquet (Lille): Ein Tumor der membranösen Scheidewand hatte sich in kurzer Zeit dermaassen entwickelt, dass er das linke Nasenloch vollständig ausfüllte; gleichzeitig trat eine erythematöse Eruption auf. Eine specifische Behandlung wegen syphilitischer Antecedentien brachte die Hauterscheinungen rasch zum Verschwinden, ohne jedoch den Tumor zu beeinflussen. N. entfernte ihn mit der galvanocaustischen Schneideschlinge. 10 Tage nachher war vollkommene Vernarbung eingetreten. N. glaubt, dass die Neubildung eine gewisse Analogie habe mit blutenden Nasenscheidewandpolypen.

Beco (Lüttich): Speichelcyste der Glossopharyngealgrube.

4wöchentliches Kind mit einem grosswallnussgrossen Tumor hinten im Halse: zeitweilig Respirationsstörungen; 14 Tage später starke Behinderung der Respiration mit deutlich ausgesprochenem Respirationsgeräusch (Ziehen), Deglutation dabei unbehindert. Zur Consultation berufen, constatirte B. das Vorhandensein eines cystenartigen Tumors in der Glossotonsillargrube. Eine Intervention war auf den folgenden Tag vorgesehen, aber in dem Augenblicke, in welchem B. erschien, hatte sich die Situation derartig verschlimmert, dass das Kind im Sterben lag. B. nahm rasch die Abtragung der Geschwulst mit der Scheere vor; eine gelbe Flüssigkeit überschwemmte den Mund; die sofort eingeleitete künstliche Athmung brachte das Kind zum Leben zurück; nach einigen Tagen war es vollständig geheilt, und ist nur mehr ein bohnengrosser Auswuchs vorhanden, der keine Tendenz zum Nachwachsen zeigt. Es handelt sich nach B. um eine Cystenbildung aus einer Drüse der Weber'schen Gruppe.

Hennebert (Brüssel): Bemerkungen zur Diaphanoskopie. Dieselbe spielt nach H. eine wichtige Rolle für die Diagnose der Sinusiten; sie bietet ein wichtiges Hülfsmittel unter der Bedingung, dass man sie regelrecht ausführt, d. h. 1. über eine Lampe verfügt mit verschiedener Lichtkraft; 2. zuwartet, ehe man die Translumination beginnt, bis sich das Auge an die Dunkelheit gewöhnt hat; 3. mehrere Untersuchungen im Zwischenraum von einigen Minuten ausführt; 4. bei der Untersuchung des Sin. maxill. einen besonderen Werth auf den Halbmond legt, welcher sich unterhalb der Orbita zeigt; 5. in zweifelhaften Fällen kann man diesen zum Vorschein bringen, indem man mit dem Finger einen Druck auf die Gewebe ausübt, oder die Untersuchung durch ein Stethoskop vornimmt; 6. wird man sich sorgfältig darüber informiren, ob Patient Inhaber eines künstlichen Gebisses ist, und wird es in diesem Falle zuvor herausnehmen lassen.

Trétrop (Antwerpen): Rasche Heilung von schwerem Nasenlupus und umschriebenem Ohrlupus vermittelst Curettage und topischer Applicationen.

T. geht von dem Grundsatze aus, dass man bei der Behandlung einer localen Mikrobenaffection 1. die Neubildungen, „wahre parasitäre Colonien", beseitigen und 2. das Terrain unfruchtbar machen müsse; um diesen zwei Indicationen Genüge zu leisten, greift T. zur Cürette und zum Formalin. Nach Localanästhesie mit dem Coryleur und in gewissen Fällen in Chloroformnarkose werden die tuberculösen Knötchen sorgfältig mit der Cürette entfernt, die Hämorrhagien mit Sauerstoffwasser gestillt und die ganze Wunde mit einer 10proc. Formalinlösung von der Zusammensetzung

Rp. Formalin pur. ca. 40 pCt. 10 ccm
Aqu. destill. 90 ccm

bepinselt. Nach einigen Tagen neue Curettage, wenn noch lupöse Knötchen übrig geblieben sind. Von dem ersten Eingriff an lässt er den Kranken 3mal pro die die kranke Fläche mit der Formalinlösung bepinseln. Die Krusten müssen vor der Bepinselung sorgfältig entfernt werden. Der Kranke stellt sich alle 2 Tage vor. Manchmal veranlasst die Reaction ein Aussetzen der Formalinbepinselungen während einiger Tage; in der Zwischenzeit verwendet man dann reine Milchsäure alle 2 Tage; dem Kranken giebt man behufs 3mal täglich vorzunehmender Bepinselungen eine Lösung von $^1/_3$ bis $^1/_2$. Eine gute und wirksame Medication, welche nur geringe Krustenbildung gestattet, ist:

Rp. Formalin pur. ca. 40 pCt. 1 ccm
Acid. lactic. pur.
Glycerini neutral. } ana 5 ccm
Aqu. destill.
MDS. 3mal tägl. damit einpinseln.

Sind die Knötchen verschwunden, so verwendet man mit Vortheil milde, leicht antiseptische Salben. Die Heilung des Lupus fungos., vegetans und erodens erheischt 5—6 Wochen, der Ohr- resp. präauriculäre Lupus meist längere Zeit, jedoch nicht ganz 2 Monate. Das ästhetische Resultat ist sehr günstig. Die Narben sind ebenso glatt, als bei den besten Verfahren. T. fügt Beobachtungen geheilter Fälle an, zeigt Photographien von Lupösen vor, wie sie vor der Behandlung sich präsentirten und mit den erzielten Resultaten nach der Behandlung.

Cartex (Paris): Die gerichtsärztliche Begutachtung für den Kehlkopf.

Mittheilung einiger Begutachtungen von speciell die Stimme betreffenden Unfällen. C. bespricht der Reihe nach die Bedingungen, unter welchen dieselben stattfanden, die Rolle, welche dem Laryngologen dabei zufällt, und die gerichtlichen Urtheile, welche darauf erfolgten. Bald handelt es sich um Traumen, welche einen Theil des Phonationsapparates (Lungen, Kehlkopf, supraglottischen Resonnanzapparat) beschädigten, bald ist die Stimmstörung nur die Folge einer traumatischen Neurasthenie; manchmal ist die Stimme beeinträchtigt durch

Läsionen, welche durch professionelle Abnützung der Stimmbänder hervorgerufen werden, oder gar handelt es sich um eine Ueberanstrengung des Stimmorgans. Das Laryngoskop, verbunden mit einer Untersuchung des Allgemeinzustandes des Postulanten, gestatten, die gestellte Frage genau zu beantworten. Die Infirmität ist zwar partiell, aber doch sehr häufig definitiv. Wenn dieselbe nur vorübergehend ist, so überdauert sie nicht lange die Verweigerung des Schadensersatzes, denn hier wie bei anderen Unfällen ist die Begleichung desselben ein ausgezeichnetes Heilmittel.

Bayer führt eine charakteristische Beobachtung von einer traumatischen, functionellen Aphonie resp. Mutismus bei einem Kohlenbergwerksarbeiter an, bei welchem er zur grössten Genugthuung des Patienten und noch mehr der verantwortlichen Actiengesellschaft die Stimme durch Suggestion wieder zurückgebracht habe.

Broeckaert (Gent): Resection des Recurrens und des grossen Halssympathicus beim Affen und Kaninchen mit Projectionen polychromer Schnitte nach dem Verfahren von Forus.

Da die durch die Resection des Recurrens erzielten Resultate im Gegensatze stehen zu den allgemein vertretenen Anschauungen, hat B. es für zweckmässig gefunden, eine öffentliche, auf Distanz sichtbare Demonstration der Muskelalterationen zu geben, welche auf diese Operation folgen. Wie die Schnitte zur Evidenz beweisen, ist die Durchschneidung des Recurrens bei Kaninchen von einer rapiden und constanten Atrophie des Musc. thyreoarytaenoid. ext. allein gefolgt. Diese schon nach drei Wochen sichtbaren Alterationen lassen sich nicht mehr verleugnen, wenn man das Thier noch 6 Wochen am Leben lässt. Das Resultat ist das gleiche beim Hund, der Katze und dem Meerschweinchen. Um dem Einwurf zu begegnen, dass die Kehlkopfsinnervation wahrscheinlich eine ganz andere bei diesen niederen Thieren ist, hat der Autor in der letzten Zeit die Versuche an einer Reihe, sei es dem Genus rhesus, sei es dem G. maccacus angehörigen Affen vorgenommen. Schon nach einem Monat konnte man auf Distanz sichtbare Alterationen am Musc. thyreoarytaenoid. ext. constatiren, keine Veränderung, selbst nicht bei starker Vergrösserung, an irgend einem anderen Muskel. Liess man das Thier leben, so waren 5 Monate nach der Operation die Kehlkopfschnitte absolut demonstrativ. Der Musc. thyreoarytaenoid. ext. ist auf einige Fibrillen reducirt, während alle übrigen Muskeln, besonders der lateralis und posticus, absolut keine bemerkenswerthen Alterationen zeigen. — Der Verf. begnügt sich augenblicklich mit dieser Thatsache, die man nicht bezweifeln könne; die Schlüsse daraus ergäben sich von selbst.

Massier (Nizza): Larynxstenose tuberculösen Ursprungs, behandelt mit progressiver Dilatation.

Anlässlich eines wegen Larynxstenose thyreotomisirten Kranken beschreibt M. die Schwierigkeit, welcher er begegnete, um eine genügende respiratorische Durchgängigkeit des Kehlkopfs zu erzielen. Er konnte nie die Trachealcanüle vollständig entbehren, obgleich es ihm innerhalb 8 Monaten gelungen, die Schrötter'schen Nickelbolzen von No. 1 bis No. 11, also fingerdick, einzuführen.

Die Kehlkopfrespiration war einige Augenblicke frei, doch kehrte der Glottisverschluss rasch wieder. Es bestand keine Larynxinfiltration und keine beunruhigenden Vegetationen. Die Dyspnoe war hervorgerufen durch die gegenseitige Annäherung beider Schildknorpelflügel. Der Kranke war zum lebenslänglichen Tragen seiner Canüle verurtheilt, starb jedoch rapid an einer infectiösen Bronchopneumonie.

Für M. ist das Einführen der Schrötter'schen Bolzen unter der Controlle des Laryngoskops die beste Behandlungsweise der Kehlkopfstenose.

Massier (Nizza): Plötzlicher Tod durch Laryngospasmus in einem Fall von Larynxtuberculose mit minimen Läsionen.

40jähr. Frau mit vorübergehender Dysphonie verbunden mit dyspnöetischen Anfällen und paroxystischen Herzkrämpfen. Im Larynx findet man ausser einer einzigen linsengrossen Ulceration auf der vorderen Fläche des Stimmbandes, welche sich nach den Ventric. Morgagni hin fortsetzt, nichts. Diagnose: Monoulceröse Larynxtuberculose sich entwickelnd bei einem mit Lungenbacillose behafteten Individuum. Die Kranke machte mehrere Male wirkliche Laryngospasmen mit sehr flüchtigen Ohnmachtszuständen und intensiver Präcordialneuralgie durch. Es kam nie zum Hinstürzen noch ging Schwindel voraus. In einer dieser paroxystischen Krisen mit Tachycardie trat der Tod ein nach 8—10 Minuten ohne Zeit zu einer Intervention zu lassen. M. fragt sich, ob bei diesem plötzlichen Tod als Ursache nicht ein inhibitorischer Reflex von aussergewöhnlicher Intensität vorliege, der seinen Ausgang in einer Nervenreizung des Recurrens durch directen Contact mit der bacillären Ulceration genommen?

Trétrôp (Antwerpen): Aphonie von 8 Monaten bedingt durch einen Polypen des linken Stimmbandes. Abtragung. Heilung.

Erbsengrosser Polyp des linken Stimmbandes in der Nachbarschaft der Commissur; derselbe bildet einen polycystischen Tumor, dessen Oberfläche mit Plattenepithelien, das Höhleninnere mit Cylinderepithelien austapezirt ist; zwischen beiden Schichten befindet sich ein laxes Bindegewebe mit dilatirten Gefässen und Blutextravasaten. Heilung seit 13 Monaten anhaltend.

De Stella (Gent): Einige Bemerkungen zur Behandlung von Siebbeintumoren. Man benutzt zur Behandlung von Siebbeintumoren zwei Operationen:

I. Die Entfernung auf natürlichem Wege; um damit zu reussiren, muss a) der gut- oder bösartige Tumor ganz und gar zugänglich, b) scharf abgegrenzt von den benachbarten Theilen und ohne Adhärenzen sein. Diese zweite Bedingung realisirt sich nicht bei ausgeprägt bösartigen Tumoren wie reinen Sarcomen und Carcinomen. St. führt einen Fall von Fibrosarcom des Siebbeins an, einer sich excessiv entwickelnden, wenn gleich gestielten Geschwulst. Die Exstirpation geschah durch Ausreissen mit der kalten Schlinge. Kein Recidiv seit 2 Jahren.

II. Die Exstirpation nach Eröffnung der Nasenhöhle:

Von allen Methoden, welche den Zugang zur Nase gewähren, bevorzugt der Autor das Moure'sche Verfahren als das einfachste, ausserdem noch am meisten

Licht gewährende. Dasselbe besteht bekanntlich darin, dass man die Nase losschält durch eine Incision, welche von der Nasenwurzel ausgehend, den innern Augenwinkel umschreibt und der Nasenwangenfurche entlang am entsprechenden Nasenloche endet; auf diese Weise wird das ganze Nasenscelett und ein Theil der Orbita freigelegt. Alsdann entfernt man mit der Hohlmeisselzange die eigentlichen Nasenknochen, einen Theil des aufsteigenden Astes des Oberkiefers, einen Theil des os unquis und os planum. Durch diese so geschaffene grosse Bresche kann man das ganze Siebbein entfernen sammt dem Tumor. Nach vollendeter Operation bringt man die Nase in ihre frühere Lage zurück und befestigt sie mit Nähten. Der Autor hat mit dieser Methode ausgezeichnete Resultate erzielt bei:

1. einem enormen Osteofibrom eines 18jährigen Mädchens; der Tumor füllte die ganze Nasenhöhle, das Cav. retronasale und den Sin. maxill. aus, und verursachte einen entstellenden Exophthalmus; vollständige Heilung nach obigem Verfahren, kaum dass noch eine Spur von der Hautincision zu sehen ist;

2. einem Siebbeincarcinom einer 59jährigen Frau; kein Rückfall seit $1^1/_2$ Jahren;

3. einem schweren Fall eitriger Ethmoiditis mit Sinusitis frontal. und maxillar.

Kurz gefasst, der Autor ist der Ansicht, dass die genannte Operationsmethode das ausgesuchteste Verfahren für Siebbeintumoren und gewisse schwere Formen von purulenter Ethmoiditis bildet.

De Stella (Gent): Die Rolle diphtheritischer Toxine und Antitoxine im Organismus.

Der Autor theilt seine Versuche mit, welche er hinsichtlich dieser interessanten Frage angestellt hat. Die Rolle der Toxine ist heutzutage dank der veröffentlichten Arbeiten wohlbekannt, nicht so die der Antitoxine, welche noch der Aufklärung harrt.

Schiffers (Lüttich): Retropharyngealadenophlegmone und Diphtheritis.

Erklärungsversuch der Pathogenie gewisser Fälle von eitrigen Adenophlegmonen des Retropharyngealgewebes durch Vermittelung eines der verschiedenen Mikroben. Sch. knüpft an seine Mittheilung die Beobachtung eines Falles von Diphtheritis mit Auftreten einer rechtsseitigen eitrigen Adenophlegmone bei einem 4jährigen Kinde, hervorgerufen sei es durch den Löffler'schen Bacillus, sei es durch einen Streptococcus; er schliesst darauf auf die Nothwendigkeit, den unteren Theil des Pharynx mit dem Laryngoskop zu untersuchen, oder die Digitaluntersuchung in Diphtheritisfällen vorzunehmen, bei welchen die anfänglichen Symptome sich von Neuem einstellen und ein Wiedereinsetzen der Affection oder eine unvollständige Heilung vermuthen lassen können.

Hennebert (Brüssel): Ein Fall von Zungenepitheliom.

Die Entwickelung dieses Falles biete einige bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten. Als H. die Kranke zu Gesicht bekam, konnte von einem operativen Eingriff nicht mehr die Rede sein; der linke Zungenrand war tief rinnenförmig aus-

gehöhlt mit brandigem Grunde, der vordere Gaumenbogen bildete einen voluminösen Tumor; zu gleicher Zeit bestand eine sehr ausgesprochene retroanguläre Adenopathie. Um die Schmerzen zu lindern und den fötiden Athem zu beseitigen, leitete H. eine complicirte Localbehandlung ein, bei welcher Formolausspülungen (von 1—3 pCt.) die hauptsächlichste Rolle spielten; damit verband er antiseptische Pulverisationen (Sauerstoffwasser, Phenosalyl etc.) und Pulvereinblasungen (Orthoform, Borax, Cocain und Morphin) auf die brandigen und granulirenden Stellen. Allmälig glich sich der Substanzverlust an der Zunge aus und machte einem Narbengewebe Platz; die vorderen Gaumenbögen nahmen wieder ihr normales Aussehen an, und 9 Monate lang konnte man den Kranken, welcher nicht mehr litt und normal essen konnte, für geheilt ansehen, dann aber höhlte sich die Zungenbasis in rascher Ulceration vollständig aus, die Geschwulst der Mandelgegend entwickelte sich von Neuem, die Schmerzen, der fötide Athem und Hämorrhagien treten von Neuem auf und der Kranke erlag schliesslich seiner Cachexie.

Bayer.

---

c) Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie in Paris.

Sitzung vom 13. November 1903.

Vorsitzender: Boulay.

Guisez: Ein Fall von Siebbein-Mucocele mit ungewöhnlichem Verlauf.

G. hat einen 59jährigen Mann operirt, der am inneren Winkel des linken Auges einen weichen, fluctuirenden Tumor hatte, in den eine Fistel führte. Aus dieser entleerte sich zeitweise fadenziehende gelbe Flüssigkeit. Incision des Tumors förderte ebensolche Flüssigkeit zu Tage. Im August 1903 machte G. die Operation, nach der Incision findet er den Knochen rauh, der Thränensack ist abgelöst, man gelangt in eine Höhle, die in ihren Dimensionen einer supplementären Orbitalhöhle gleicht und keine Communication mit der Nasenhöhle hat. Am 12. Tage war die Heilung vollendet. G. hält es für unrichtig, in solchen Fällen eine Communication mit der Nasenhöhle herzustellen, um nicht eine Eiterung dieser herbeizuführen.

Derselbe: Oberkieferempyem infolge Zahnanomalie.

Man fand in dem Sinus freie Zahnwurzeln; dieselben stammten von einem grossen II. Molaris mit drei Wurzeln, die in die Höhle hineingewachsen waren.

Veillard: Acute ulceröse Laryngitis. Anwesenheit des Vincent'schen Bacillus im Exsudat.

Im Verlauf einer acuten Laryngitis waren heftige Schluckschmerzen und Suffocationsanfälle aufgetreten. Man fand ein Oedem des Larynxeingangs, besonders der linken ary-epiglottischen Falte und Aryknorpelgegend. Am nächsten Tage sah man inmitten der gerötheten und ödematösen Schleimhaut der linken Aryknorpelgegend eine gelbe Stelle. Diagnose: Abscess. Die gelbe Stelle ver-

grösserte sich allmälig und bekam das Aussehen einer Ulceration, die mit festhaftendem gelben Exsudat bedeckt war. In diesem Exsudat fanden sich fusiforme Vincent'sche Bacillen und Spirillen.

Gellé: Doppelter indurirter Schanker der Nasenhöhle und der Conjunctiva.

Patient hatte einen Fremdkörper im Auge gehabt; ein Freund rollte etwas Cigarettenpapier zusammen, befeuchtete es mit Speichel, um so den Fremdkörper aus dem Auge zu wischen. Einige Zeit darauf ein Schanker des einen Augenwinkels mit Schwellung der retromaxillaren Lymphdrüsen. Gleichzeitig eine Verdickung der Scheidewand und Bildung einer weichen elastischen Geschwulstmasse.

Derselbe: Cranio-Hydrorrhoe traumatischen Urspungs.

Revolverschuss in den Mund; danach starke Hydrorrhoe. G. konnte in 10 Minuten ein Weinglas Flüssigkeit auffangen. Die Radiographie zeigte die Kugel in der inneren Wand des Sinus frontalis; es bestand Fractur der Lamina cribrosa. Nach 40 Tagen hörte die Hydrorrhoe auf.

Sitzung vom 15. Januar 1904.

Vorsitzender: Courtade.

Broeckaert: Zwei Fälle von Recurrenslähmung; histologische und mikroskopische Untersuchungen.

B. glaubt nicht, dass das Thierexperiment im Stande ist, uns eine ausreichende Erklärung für alle beim Menschen vorkommenden pathologischen Möglichkeiten zu geben. Wir können nur durch mikroskopische Untersuchungen zu genaueren Resultaten gelangen.

Er berichtet folgende Fälle:

1. 57jähriger Mann; seit einigen Wochen Schluckbeschwerden, erwacht eines Morgens heiser. Man findet das rechte Stimmband in Mittelstellung zwischen Abduction und Adduction mit concavem Rande. Man diagnosticirte Oesophaguscarcinom; Patient starb 3 Monate nach der Gastrotomie.

Bei der Section fand man eine den rechten Recurrens comprimirende Drüse. Histologische Untersuchung von Muskeln und Nerven ergab: Vorgeschrittene Degeneration im M. posticus, etwas geringere im M. lateralis und am wenigsten im M. internus. Der N. recurrens war völlig degenerirt; der Sympathicus und die Ganglien schienen intact.

2. Bei dem zweiten Patienten war die Krankengeschichte fast die gleiche. Auch hier rechtsseitige Lähmung mit Zwischenstellung zwischen Ab- und Adduction. Diagnose: Oesophaguscarcinom. Tod 3 Tage nach der Gastrotomie.

Es fanden sich dieselben Veränderungen wie im ersten Fall, jedoch im Anfangsstadium. Es bestand fettige und albuminoide Degeneration der Muskeln; einige Fasern im Lateralis und Internus schienen intact. Die Degeneration der Nerven war sehr fortgeschritten; der Axencylinder war nur durch feine Fetttröpfchen angedeutet.

Trotz anscheinender Integrität einiger Muskelbündel war das Stimmband völlig unbeweglich gewesen; der Nerv muss also völlig degenerirt gewesen sein, sonst hätte er mit deren Hülfe das Stimmband bewegt. Die Veränderungen schienen die Erweiterer mehr als die Verengerer zu betreffen; der Crico-arytaenoideus posticus zeigte die ausgedehntesten Schädigungen.

Sitzung vom 12. Februar 1904.

Castex: Krankenvorstellungen.

1. Junges Mädchen mit hereditärer Anosmie ohne sichtliche Veränderungen in der Nase.

2. Fall von traumatischer Anosmie infolge Fractur der Schädelbasis. C. denkt an Fractur der Lamina cribrosa.

3. Fall von Kehlkopfstridor bei einem Säugling, von C. auf permanente Adduction der Stimmbänder infolge von Abductorlähmung zurückgeführt.

4. Lähmung des Gaumensegels: vor 12 Jahren Schanker, vor 2 Jahren linksseitige Hemiplegie.

5. Gaumensegellähmung nach Operation von adenoiden Vegetationen bei einem Kinde. C. glaubt, dass der Grund eine Infection infolge mangelhafter Asepsis der Instrumente sei.

Suarez de Mendoza stellt eine Patientin vor mit Melanosarkom des Naseninnern. Der Tumor sah zuerst nur wie ein Polyp mit schwarzen Flecken aus. Er wurde entfernt. Nach 3 Monaten Recidiv. Oberkieferresection verweigert. Seitdem häufige endonasale Entfernung grosser Geschwulstmassen. Der Ausgangspunkt scheint das Septum zu sein.

Cartaz.

III. Briefkasten.

Das Garcia-Jubiläum.

Je näher das Datum des Festes heranrückt, um so erfreulicher mehren sich die Anzeichen des Interesses, das auch in nicht laryngologischen Kreisen an demselben genommen wird. Die Reihe der Gratulationen wird von dem Spanischen Gesandten in London eröffnet werden, welcher seinem grossen Landsmanne die Glückwünsche der Spanischen Regierung überbringen wird: die Londoner Königliche Academie der Wissenschaften (Royal Society), vor welcher Garcia im Jahre 1854 seinen epochemachenden Vortrag hielt, wird ihm eine Adresse überreichen, und einer seiner berühmtesten Schüler, der grosse Gesangmeister, Julius Stockhausen, der leider nicht persönlich bei dem Feste erscheinen kann, wird sich durch Mitglieder seiner Familie bei demselben vertreten lassen. —

Die Festordnung ist dieselbe geblieben, wie sie in der letzen Nummer dieses Blattes skizzirt worden ist, mit der einzigen kleinen Aenderung, dass die Festsitzung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft um 3 Uhr statt um 4 Uhr Nachmittags stattfinden wird.

Es ist nunmehr dringend wünschenswerth, dass die Londoner Laryngologische Gesellschaft so bald als möglich in Kenntniss gesetzt werden möge, welche laryngologische Gesellschaften sich durch Deputationen und Adressen zu betheiligen wünschen.

Soweit bis jetzt bekannt, beabsichtigen die Berliner, die süddeutsche, die französische, belgische und holländische laryngologischen Gesellschaften specielle Delegirte zu entsenden.

Falls die Glückwünsche durch Deputationen überreicht werden sollen, bitten wir, die Namen und Adressen der betreffenden Herren umgehend dem Schriftführer des Comités, Dr. Furniss Potter, 49, Queen Anne Street, London W., mitzutheilen, denselben auch zu benachrichtigen, ob dieselben von Damen begleitet sein werden; sollten die Adressen auf postalischem Wege übersandt werden, so würde der Unterzeichnete bitten, dieselben möglichst bald an seine eigene Adresse (39, Wimpole Street) gelangen zu lassen, um ihre Ueberreichung an den Jubilar während des Festactes am Vormittage des 17. März zu ermöglichen. Ebenso wird gebeten, telegraphische Glückwünsche am Festtage selbst per Adresse: Garcia care Semonior London an den Unterzeichneten gelangen zu lassen. Die Adressen laryngologischer Körperschaften werden dem Jubilar in alphabetischer Reihenfolge überreicht werden.

Eine Reihe von Collegen hat die Güte gehabt, dem Unterzeichneten Beiträge per Check und per Postanweisung zu übersenden. Um Weitläufigkeiten zu vermeiden, wird gebeten, weitere beabsichtigte Beiträge direct an den Schatzmeister, Mr. W. H. R. Stewart, F. R. C. S., 42, Devonshire Street, London W., zu senden.

Schliesslich wird der unbekannte Absender einer Postanweisung aus Freising gebeten, dem Unterzeichneten baldmöglichst seinen Namen mitzutheilen, damit derselbe in das Album der Beitragenden eingereiht werden könne, welches dem Jubilar gleichzeitig mit dem Portrait überreicht werden wird.

Felix Semon.

PS. Es wird die Collegen freuen zu hören, dass der ehrwürdige Jubilar am 13. Januar in bester Gesundheit und heiterster Stimmung am Festessen der Londoner laryngologischen Gesellschaft theilgenommen hat.

Die Laryngologie und der internationale medicinische Congress zu Lissabon im Jahre 1906.

Folgende Resolution wurde bei der Jahresversammlung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft am 13 .Januar 1905 von Sir Felix Semon vorgeschlagen, von Dr. F. de Havilland Hall unterstützt und einstimmig angenommen:

„Die Londoner Laryngologische Gesellschaft bekräftigt auf's Neue ihre Resolution vom Februar 1900, des Inhalts, dass bei allen internationalen medicinischen Congressen volle und unabhängige Sectionen für die Laryngologie und Otologie gebildet werden sollten, und dass die Laryngologie bei diesen Gelegenheiten nicht mit der Otologie vereinigt werden sollte.

Sie registrirt mit tiefem Bedauern die Thatsache, dass, obwohl die Wünsche sowohl der Laryngologen wie der Otologen auf dem internationalen medicinischen Congresse zu Paris im Jahre 1900 klaren Ausdruck gefunden haben, zu Madrid im Jahre 1903 Versuche gemacht worden sind, die jetzt wieder bei Gelegenheit des bevorstehenden internationalen Congresses zu Lissabon erneuert werden, der Laryngologie eine Stellung anzuweisen, welche geringer ist, als die der anderen anerkannten Specialitäten, und sie mit der Otologie in einer Sub-Section zu combiniren.

Die Londoner Laryngologische Gesellschaft lehnt es in ihrer corporativen Eigenschaft ab, ihre Zustimmung zu irgend einer Einrichtung zu geben, welche

die Würde der Laryngologie und die Stellung beeinträchtigt, welche sie bei allen internationalen medicinischen Congressen seit dem Kopenhagener Congresse im Jahre 1884 eingenommen hat."

Zum 25 jährigen Jubiläum der „Revue Hebdomadaire de Laryngologie etc." und der „Archivii Italiani di Laringologia".

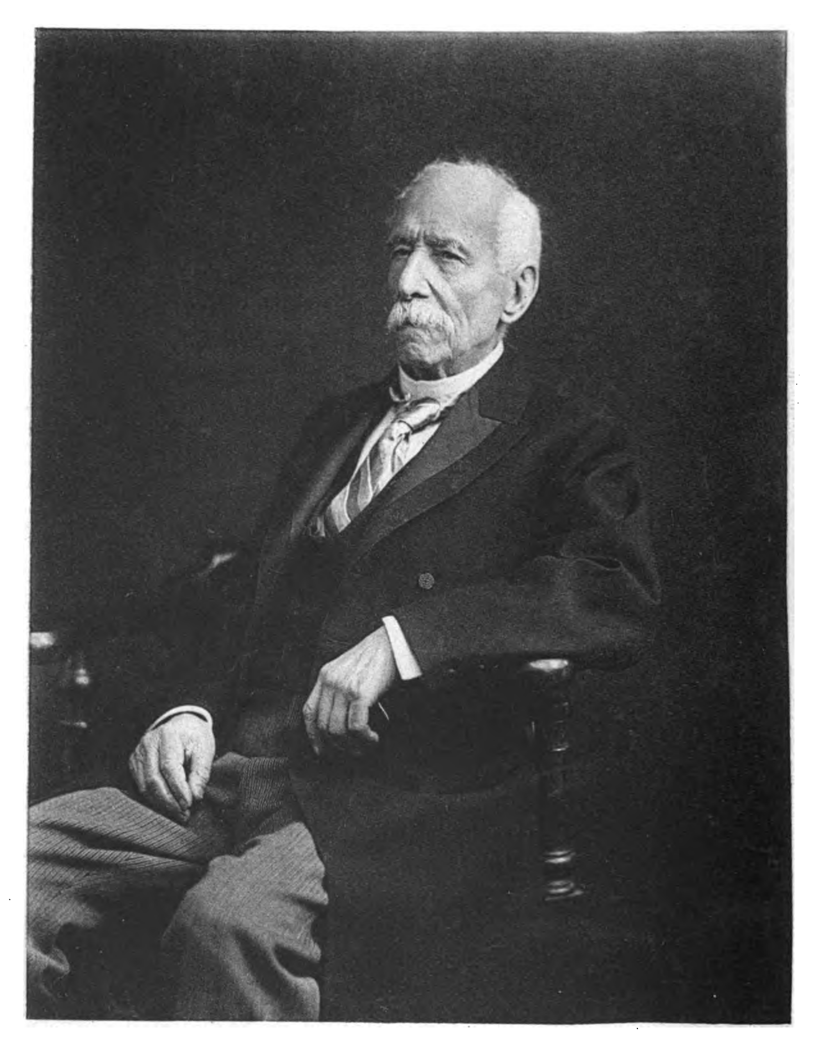
Die beiden oben genannten geschätzten Special-Zeitschriften sind mit dem 1. Januar dieses Jahres in das fünfundzwanzigste Jahr ihrer Existenz eingetreten. Wir sprechen ihnen beiden unseren herzlichsten Glückwunsch zu ihrem Jubiläum aus und wünschen ihnen beiden weitere erfolgreiche Thätigkeit unter der Leitung ihrer Gründer und Herausgeber, Dr. E. J. Moure und Prof. F. Massei.

Ambroise Arnold Guillaume Guye †.

Mit grossem Bedauern bringen wir die Nachricht von dem am 15. Januar nach längerem schmerzhaften Leiden erfolgten Ableben unseres geschätzten Specialcollegen Guye in Amsterdam, des Gründers und langjährigen Vorsitzenden der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Am 17. August 1839 geboren, graduirte er am 23. Juni 1862, liess sich als Specialarzt für Ohrenheilkunde in Amsterdam im Jahre 1865 nieder, wurde im Jahre 1874 Privatdocent, und wurde im Jahre 1886 zum ordentlichen Professor für Ohrenleiden an der Universität Amsterdam ernannt. Im Jahre 1879 fungirte er als Generalsekretär des internationalen medicinischen Congresses in Amsterdam. Er war Ritter des Niederländischen Löwenordens.

Obwohl Guye's Hauptbedeutung auf dem Felde der Ohrenkrankheiten liegt, so war er auch in der Laryngo-Rhinologie als Schilderer der „Aprosexia nasalis" und durch unermüdliche Energie, mit welcher er die Aufmerksamkeit der Behörden seines Vaterlandes auf die schädlichen Folgen behinderter Nasenathmung bei Schulkindern zu lenken wusste, allgemein bekannt und hochgeschätzt. Sein Andenken bleibt in Segen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



A mes amis les laryngologistes. Manuel Garcia

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, März. 1905. No. 3.

I. Zum hundertsten Geburtstag Manuel Garcia's.

Am 17. März 1905 feiert die Laryngologie ein Fest seltenster Art. Es werden an jenem Tage hundert Jahre verflossen sein, seit der Vater der Laryngoskopie, Manuel Garcia, zu Madrid geboren wurde, und ein gütiges Geschick erlaubt es ihm, die hundertste Wiederkehr dieses Tages in vollster geistiger und körperlicher Frische zu erleben.

Manuel Garcia stammt aus hochmusikalischer Familie. Sein Vater Manuel — oder mit vollem Namen: Manuel Garcia*) del Popolo Vicente — war im Jahre 1775 zu Sevilla geboren, begann seine Künstlerlaufbahn als Chorknabe im Dom von Sevilla und studirte gleichzeitig Musik unter der Leitung der besten Lehrer seiner Geburtsstadt**). Im Alter von 17 Jahren machte er sein Debüt auf der Bühne von Cadiz in einer Operette eigener Composition. Bald darauf erschien er in Madrid ebenfalls in der zweifachen Eigenschaft als Componist und Sänger. Sein Ruf breitete sich schnell aus und im Jahre 1808 trat er zum ersten Male in Paris in der Paer'schen Oper „Griselda" auf. Er errang einen grossen Erfolg; namentlich wurde sein Gesangstil bewundert. Von Paris wandte er sich nach Italien, wo er die Methode der alten italienischen Meister an der Quelle studirte und weitere künstlerische Triumphe feierte. Seine Oper: „Der Kalif von Bagdad" wurde im Jahre 1812 in Neapel beifällig aufgenommen; seine Haupterfolge aber erzielte er durch die künstlerische Vollendung seiner Gesangskunst. Im Jahre 1824 ging er nach London und von dort im nächsten Jahre mit einer vorzüglichen Operngesellschaft nach den Vereinigten Staaten und Mexico. Auch in der neuen Welt blieb ihm das Glück treu bis kurz vor seiner Rückreise. Auf dem Wege nach Veracruz wurde er von Banditen überfallen und des ganzen

*) Es mag hier bemerkt werden, dass der Name unseres Jubilars nicht „Gártschia" ausgesprochen wird, wie man dies fast allgemein hört, sondern „Garssía". — Der eigentliche Name der Familie war: Rodriguez. Den Namen „Garcia" adoptirte der ältere Manuel nur als „nom de guerre" für die Bühne.

**) Die biographischen Notizen über Garcia's Vater sind der Encyclopaedia Britannica entnommen.



Ergebnisses seiner Kunstreise beraubt. Nach seiner Rückkehr nach Europa liess er sich in Paris nieder, entsagte bald seiner Bühnenlaufbahn und widmete sich bis zu seinem 1832 erfolgten Tod ausschliesslich dem Gesangsunterricht. Seine Lehrmethode war die berühmteste jener Zeiten; er verfasste ein vorzügliches Buch über die Kunst des Gesanges unter dem Titel „Metodo di canto", und unter seinen Schülern befanden sich mehrere der bekanntesten Sänger und Sängerinnen der ersten Hälfte des verflossenen Jahrhunderts, so der einst hoch gefeierte Adolphe Nourrit. Von allen seinen Schülern aber erreichten keine grössere Berühmheit, als seine eigenen Töchter: Maria und Paulina, später als die Damen Malibran und Viardot-Garcia Sterne erster Grösse am Gesangshimmel.

Von dem ersten Erscheinen der späteren Frau Malibran auf der Bühne hat mir unser greiser Freund vor wenigen Tagen eine interessante Anecdote erzählt. Sie war 3—4 Jahre alt, als während des neapolitanischen Aufenthaltes der Familie an der dortigen Oper eine seither verschollene Oper von Paer gegeben wurde, in der ein streitendes Ehepaar durch die Rücksicht auf sein Töchterchen versöhnt wird. Der Vater unseres Jubilars wurde angegangen, seine Tochter in der Kinderrolle mitwirken zu lassen und willigte ein. Die kleine Maria nahm an den Proben theil und nichts ausserordentliches ereignete sich bis zum Abend der ersten Aufführung, während welcher das Kind, aufgeregt durch Musik, Licht, den Anblick und Applaus des Publikums, plötzlich vortrat und gleichzeitig mit seiner Bühnenmutter eine Arie zu singen begann, welche zur Rolle der letzteren gehörte. Das musikalische Publikum von Neapel begriff die Situation in einem Augenblick, bewog die erwachsene Künstlerin zum Schweigen, und das Kind, das die Arie nur auf den Proben hatte singen hören, sang dieselbe unter athemlosem Schweigen, gefolgt von stürmischem Beifall, fehlerlos bis zu Ende! Fürwahr, ein seltenes Beispiel frühzeitig entwickelten musikalischen Talentes, wie ein ähnliches von dem kleinen Mozart berichtet wird! —

Frau Malibran ist lange dahingegangen, sie starb 1836 an den Folgen eines Unfalls. Frau Paulina Viardot-Garcia aber, einst eine berühmte Sängerin, später als Gesangslehrerin hochgeschätzt, lebt noch heute im Alter von 85 Jahren in Paris und erfreut sich, ebenso wie ihr Bruder, solch' erstaunlicher geistiger Rüstigkeit, dass sie noch vor kurzem die Composition einer Oper beendigt hat.

Noch heute spricht Manuel Garcia mit wahrhaft rührender Begeisterung von seinem Vater. Die musikalische Concentrationsfähigkeit desselben muss eine wahrhaft erstaunliche gewesen sein. So erzählt sein Sohn, dass er habe fortfahren können, seine musikalischen Gedanken zu Papier zu bringen, während er sich mit anderen Personen unterhalten oder selbst geschäftliche Dinge verhandelt habe. Zu seiner Zeit gab es noch keine Klaviere in Sevilla! — Dabei scheint er ein Mann von rührender Vertrauensseligkeit gewesen zu sein. Ein Beispiel der Art berichtete mir Señor Garcia von seines Vaters erstem Besuch in England, wo nur die Theilnahme eines Landsmannes, Naldi, und die persönliche Intervention des damaligen Prinzregenten ihn vor dem Verlust einer werthvollen Gemäldesammlung retteten, die er nach Liverpool verschifft hatte, ohne den Inhalt der abgesandten Kisten anzugeben! — Der alte Herr, der bei der Erzählung ganz

warm wurde, erzählte mir, welches Aufsehen derzeit die spanische Kleidung seines Vaters in Liverpool gemacht hätte. — Charakteristisch für die geschäftliche Naivetät seines Vaters ist auch folgende Aeusserung Rossini's, die derselbe einst unserem Jubilar gegenüber machte: „Si ton père avait autant de savoir faire que de savoir musical, il serait le premier musicien de l'époque!" —

Als seine Eltern Spanien verliessen und sich nach Paris, später nach Neapel begaben, blieb der junge Garcia zunächst unter der Obhut seiner Grosseltern in Madrid zurück. Eine seiner ersten Jugenderinnerungen knüpft sich an die napoleonischen Feldzüge in Spanien an. Es herrschte eine furchtbare Erbitterung zwischen der spanischen Landbevölkerung und der französischen Invasionsarmee. Fast täglich fehlte beim Appell eine Anzahl französischer Soldaten, die während der vorhergehenden Nacht von ihren Quartiergebern ermordet worden waren. Die Franzosen nahmen Repressalien und Señor Garcia sieht noch heute vor seinem geistigen Auge einen langen Zug von Männern, Jünglingen und halbwüchsigen Burschen, die zwischen Reihen französischer Soldaten znm Executionsplatz geführt wurden. — „Jedermann, der eine Büchse tragen kann, ist zu füsiliren:" So lautete die grausame Parole jener Tage in manchen Districten Spaniens! —

Im Jahre 1815, also im Alter von 10 Jahren, folgte der Knabe seinen Eltern nach Neapel und begann dort singen zu lernen. Die Methode seines Vaters war freilich eine andere, langsamere und mühevollere, als sie heutzutage üblich ist. Monate, wenn nicht Jahre, wurden auf das Studium von Solfeggien verwendet. Ihnen folgten ebensolang fortgesetzte rhythmische Uebungen und diesen wiederum langwierige Intonationsstudien. Die Monotie der Anfangsstadien dieses Unterrichts muss in der That eine schlimme gewesen sein, denn es ist dem alten Herrn noch heute erinnerlich, dass, nachdem er eines Tages eine endlose Reihe aufsteigender Skalen gesungen hatte, er schliesslich seinen Vater bat: „Darf ich jetzt nicht einmal herunter singen?" — Aber es waren tüchtige Gesangskünstler, die auf diese Weise herangebildet wurden! —

Unserem Jubilar freilich war keine Laufbahn als hervorragender ausübender Sänger beschieden. Den Grund hat er selbst in so interessanter Weise in seiner Kritik des Morell Mackenzie'schen Werkes „Hygiene der Stimmorgane" im dritten Bande dieses Centralblatts geschildert (S. 411), dass ich nicht besser thun kann, als ihn selbst sprechen zu lassen: . . . . „Und bei den ersten Zeichen des Beginns der Pubertätsperiode müssen alle gesanglichen Uebungen aufhören! Dr. Mackenzie ist anderer Ansicht. Er plaidirt für Gesangsübungen während der ganzen Dauer dieser kritischen Periode und citirt mehrere Berühmheiten, um seine Ansichten zu stützen. Ich kann ihm einen nicht citirten Fall zur Verfügung zu stellen. Mein Vater machte die Uebergangszeit durch, ohne dass er aufgehört hätte zu singen, und ohne dass ihm dies den geringsten Schaden gethan hätte. Aber meine Schwestern, die Damen Malibran und Viardot, mussten beide ein Jahr hindurch pausiren. Ich selbst fuhr fort zu singen, und meine Stimme wurde ruinirt! — Bei allem Respect für Dr. Mackenzie's grosse Erfahrung in diesen Dingen kann ich nicht umhin zu glauben, dass die alte Regel, die so viele Stimmen geschützt hat, nicht auf Grund einiger seltener Ausnahmen bei Seite geschoben und die grosse Mehrzahl junger Sänger

dem zweifelhaften Gutdünken unwissender oder unvorsichtiger Lehrer überantwortet werden sollte.“ —

Gewiss wird es unsere Leser interessiren zu hören, dass Garcia’s Stimme ein Tenor war. Von dieser Thatsache konnte sich der Schreiber dieser Zeilen noch vor vierzehn Tagen überzeugen, als beim Festmahl der Londoner Laryngologischen Gesellschaft „God save the King“ gesungen wurde und der hundertjährige Greis, sein Nachbar, herzhaft in den Chorus einstimmte.

Nach längerem Aufenthalt in Neapel, während dessen er sich lebhaft der Erregung erinnert, welche Murat’s Execution im Jahre 1816 hervorrief, begleitete Manuel seinen Vater auf dessen Reisen nach England, den Vereinigten Staaten und Mexico. Aus jener Zeit stammt die Legende, dass er eine Zeit lang Matrose gewesen sei. Das einzig Wahre an derselben ist, dass der starke Eindruck, den die Grossartigkeit des Meeres auf ihn machte, ihn daran denken liess, sich einer seemännischen Laufbahn zu widmen. Die Bitten und Thränen seiner Mutter brachten ihn aber von seiner Absicht ab. Er kehrte mit seinem Vater nach Paris zurück, begann ebenfalls Gesangunterricht zu ertheilen, wurde 1835 Professor am Conversatoire de Musique, beschäftigte sich schon damals viel mit der Theorie der Registerfrage und veröffentlichte im Jahre 1841 eine „Methode des Gesangsunterrichts“, in welcher er der Verwirrung ein Ende machte, die derzeit zwischen den Begriffen „Timbre“ und „Register“ existirte. Er definirte den Ausdruck „Register“ folgendermaassen: „Mit dem Wort „Register“ bezeichnen wir eine Reihe aufeinanderfolgender, homogener, von der Tiefe zur Höhe aufsteigender, durch die Entwickelung eines und desselben mechanischen Princips zu Stande kommender Töne, welche Reihe ihrer Natur nach von einer anderen Reihe ebenfalls aufeinanderfolgender und homogener Töne, die durch einen anderen Mechanismus producirt werden, wesentlich verschieden ist, ... welches auch immer die Modificationen in Qualität und Stärke sein mögen, denen diese Reihen unterworfen werden können.“

Als logisches Ergebniss dieser Definition machte Garcia eine Eintheilung in zwei Register (Brust- und Falsett-Kopf-Register) und zwei Timbres (das gedeckte und offene), eine Classification, die der wissenschaftlich fast allgemein adoptirten entspricht. Nach Erfindung des Laryngoskops verwandelte er die ursprüngliche Zweitheilung der Register in eine Dreitheilung: Brust—Falsett—Kopfstimme.

So sehen wir, dass schon lange Jahre vor seiner grossen Erfindung unser Jubilar sich ernsthaft mit den höchsten Problemen seiner Kunst in streng wissenschaftlicher Weise beschäftigt hat. Wie er uns selbst erzählt (vergl. weiterhin), studirte er die Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes, ehe er sein Buch veröffentlichte. Mehrere der wichtigsten Fragen aber, so vor allen Dingen die nach der Rolle, welche die Glottis bei der Tonerzeugung spielt, blieb ungelöst, und die aus Leichen- und Vivisectionsexperimenten gewonnenen und in den damaligen Lehrbüchern der Physiologie als Prototypen der thatsächlichen Stimmbildung gelehrten Resultate befriedigten den eifrigen Forscher ebensowenig, als die verschiedenen zum Vergleiche herangezogenen Verhältnisse bei musikalischen Instrumenten. Für ihn stand es fest, dass es nur ein Mittel gäbe, das Räthsel zu lösen: die Beobachtung einer normalen Glottis während des Sing-

actes selbst! — Aber wie war dies zu ermöglichen? Die seit einem vollen Jahrhundert ärztlicherseits*) — von Levret, Bozzini, Cagniard de Latour, Senn, Babington, Bennati, Baume, Liston, Warden, Avery — gemachten Versuche, eine Besichtigung des Kehlkopfs durch Specula und reflectirende Spiegel zu erzielen, waren ihm völlig unbekannt, und er hatte die Idee der Laryngoskopie, die er zunächst für practisch unausführbar hielt, durchaus autodidaktisch zu ersinnen.

Inzwischen hatte er nach der Revolution von 1848, für die er sich nicht zu begeistern vermochte, obwohl ihm Georges Sand auf einer Barrikade von Studenten umgeben zurief: „N'est ce pas, que c'est magnifique, n'est ce pas, que c'est beau? — seinen Wohnsitz nach London verlegt, sich verheirathet und schnell einen grossen Schülerkreis erworben.

Der Güte des Herrn und der Frau Marchesi in Paris verdanke ich die Photographie eines ihn zu jener Zeit darstellenden Portraits. Ein ernster, geistvoller Kopf mit hoher Stirn, nachdenklichen Augen, schlichtem langem Haar, einem kleinen Schnurr- und Knebelbart. Man glaubt es diesem Gesicht, dass, wie er selbst sagt, immer seine Gedanken dem anscheinend unerfüllbaren Wunsche treu geblieben seien, die lebende Glottis während des Singens zu Gesicht zu bekommen! —

Wie ihm dies schliesslich gelang, das zu erfahren ist der Laryngologie durch die aufmerksame Güte des unvergesslichen Sir James Paget, des langjährigen unbestrittenen Führers der britischen Medicin und Präsidenten des Londoner internationalen medicinischen Congresses im Jahre 1881 beschieden worden. Während der Vorbereitungen zu diesem Congresse schrieb er an mich, der damals als Secretär der laryngologischen Subsection functionirte, und frug mich, ob es nicht die zum Congress erwarteten Laryngologen aller Länder interessiren würde, von den Lippen des — damals medicinisch fast verschollenen — Erfinders des Laryngoskops die Geschichte seiner Erfindung zu hören. Die Anregung fiel natürlich auf fruchtbaren Boden; ich schrieb sofort an Señor Garcia — der Brief bildete den Beginn einer Freundschaft, die jetzt fast ein Vierteljahrhundert bebesteht —, und bat ihn, uns in der ersten Sitzung der Section einiges über die Erfindung des Laryngoskops zu erzählen. Der greise Künstler willigte ein, und so verdanken wir Sir James Paget's Anregung Garcia's charmanten Vortrag „On the Invention of the Laryngoscope", welcher im zweiten Bande der Verhandlungen des Londoner internationalen medicinischen Congresses erschienen ist, und, wie er selbst sagt, ein „Fragment einer Autobiographie" repräsentirt.

Lassen wir ihn selbst schildern, wie ihm der schöpferische Gedanke kam:

„Eines Tages im September 1854", erzählt er, „schlenderte ich im Palais Royal umher, beschäftigt mit dem oft als unerfüllbar unterdrückten und doch immer wieder sich aufdrängenden Wunsch (nämlich: die Glottis während des Singacts zu sehen), als ich plötzlich die beiden Spiegel des Laryngoskops in

*) Vgl. Morell Mackenzie, „Krankheiten des Halses und der Nase". Bd. I. 1880. Deutsche Ausgabe S. 295 u. ff.



ihren respectiven Positionen so klar vor mir sah, als ob meine Augen sie wirklich erblickten."

„Ich eilte sofort zu Charrière, dem chirurgischen Instrumentenmacher, und erhielt auf meine Frage, ob er zufällig einen kleinen Spiegel mit langem Griffe besässe, die Antwort, dass er einen kleinen zahnärztlichen Spiegel habe, der bei der Londoner Ausstellung des Jahres 1851 unbrauchbar befunden worden sei. Ich kaufte ihn für sechs Franken. Nachdem ich mir auch einen Handspiegel verschafft hatte, kehrte ich schnell nach Hause zurück, in grösster Ungeduld meine Experimente zu beginnen. Ich legte den kleinen Spiegel, den ich in heissem Wasser erwärmt und sorgfältig abgetrocknet hatte, an mein Zäpfchen an und concentrirte einen Sonnenstrahl auf seine Oberfläche mittelst des Handspiegels. Zu meiner grossen Freude sah ich sofort die Glottis vor mir, weit geöffnet und so deutlich, dass ein Theil der Trachea sichtbar war."

„Als meine anfängliche Aufregung sich einigermaassen gelegt hatte, begann ich zu untersuchen, was sich vor meinen Augen zutrug. Die Art und Weise, in welcher sich die Glottis geräuschlos öffnete und schloss, und wie sie sich beim Anlauten bewegte, füllte mich mit Erstaunen."

„Aus meinen Beobachtungen folgte mit Leichtigkeit der Schluss, dass die Theorie, welche der Glottis allein die Fähigkeit zuschrieb, Töne zu erzeugen, vollständig bekräftigt wurde, woraus sich weiter ergab, dass die vor dem Kehlkopf gelegenen Gewebe des Halses in keiner Weise bei der Tonbildung betheiligt sind, obwohl sie, gemeinsam mit den verschiedenen Stellungen des weichen Gaumens, die Gestalt und die Raumverhältnisse des Rachens zu verändern vermögen. In diesen Veränderungen finden wir die Möglichkeit, die als „Timbres" oder „Farbenklänge" bekannten Qualitäten des Tones nach Belieben zu variiren."

Im Weiteren verbreitet sich Garcia über die Natur der erzeugten Töne, die er als „Explosionen" anspricht, über den Mechanismus der Tonleiter und über die laryngoskopisch wahrnehmbaren Veränderungen in der Erscheinung der Glottis beim Singen der aufsteigenden Skala. Von besonderem Interesse sind seine durch eine Zeichnung Mr. Shattock's bekräftigten Angaben über den Bau und die Function des Musculus thyreo-arytaenoideus internus. Aus dem Umstande, dass die Fasern desselben, obwohl sie sämmtlich von der vorderen und unteren Concavität des Giessbeckenknorpels ausgehen, von ungleicher Länge sind, indem die am meisten nach innen gelegenen die kürzesten sind, und jede weiter nach aussen gelegene progressiv länger wird und in einem weiter entfernten Punkt des Stimmbandes endigt, so dass nur die längsten und am weitesten nach aussen gelegenen Fasern den Schildknorpel selbst erreichen, — folgert er, dass sich für die Production der tiefsten Töne nur die kürzesten Fasern contrahiren, und dass, je höher der Ton wird, allmälig eine Faser nach der anderen in Action tritt.

Die Resultate seiner Studien mit der Beschreibung des Laryngoskops theilte Garcia im Jahre 1855 unter dem Titel „Physiological Observations on the Human Voice" der Londoner „Royal Society" mit. Sie sind in dem am 22. März 1855 veröffentlichten 13. Hefte des VII. Bandes der „Proceedings of the Royal Society of London" enthalten.

Nur fünf Tage trennen daher den hundertsten Geburtstag des Erfinders des Laryngoskops vom fünfzigjährigen Jubiläum der Publication seiner Erfindung und damit der Begründung der modernen Laryngologie!

Wenn wir in diesem Artikel nicht weiter auf die Leistungen der Laryngologie in dem verflossenen halben Jahrhundert eingehen, so geschieht dies einmal, weil unsere Leser mit denselben vertraut sind, zum anderen, weil, wie jüngste Vorgänge wieder gezeigt haben, diesen Leistungen noch immer nicht allerseits diejenige Anerkennung gezollt wird, die sie verdienen, und weil wir keinen Misston in die Feststimmung hineintragen wollen, und endlich, weil der 17. März 1905 Manuel Garcia allein gehört! —

Die weitere Entwickelung der von ihm begründeten Methode ist allbekannt. Wie so häufig, wenn eine grosse Entdeckung oder Erfindung von jemandem gemacht wird, der nicht der „Zunft" angehört, wurde die Garcia'sche Mittheilung zunächst mit Gleichgültigkeit, wenn nicht mit Ungläubigkeit aufgenommen. Erst als das Heft der Verhandlungen der Royal Society, welches die Garcia'sche Arbeit enthielt, zwei Jahre später in die Hände Türck's gelangte, ging der medicinischen Welt ein Verständniss dafür auf, dass eine Methode von unermesslichem Werth für die Diagnose und Behandlung der Kehlkopfkrankheiten erfunden worden war, und erst der berühmte Prioritätsstreit zwischen Türck und Czermak lenkte die Aufmerksamkeit der ganzen Welt auf das Laryngoskop.

Als später die Pariser Academie den Monthyon-Preis zwischen den beiden letztgenannten Forschern für ihre Verdienste um die Einführung des Laryngoskops gleichmässig theilte, ging der ursprüngliche Erfinder der Methode leer aus! — — — Mit alleiniger Ausnahme des Diploms als Doctor medicinae honoris causa, mit dem die Königsberger Universität im Jahre 1862 nicht nur Garcia, sondern auch sich selbst geehrt hat, und einer ihm vor 30 Jahren von Londoner Physiologen und Aerzten unter Huxley's Führung gestifteten Adresse ist unserem Jubilar überhaupt aus anderen als speciell laryngologischen Kreisen wenig Anerkennung von medicinischer Seite gezollt worden, und es muss als ganz besonders erfreulich bezeichnet werden, dass die Feier seines hundertjährigen Geburtstages ihm Beweise dafür bringen wird, dass die Bedeutung seiner Erfindung auch von anderen als Musikern und Laryngologen in ihrem wahren Werthe geschätzt wird! —

Er selbst hat niemals nach äusserer Anerkennung getrachtet, wenngleich es ihn innig gefreut hat und noch heute erfreut, zu hören und zu sehen, zu welcher Bedeutung sich sein kleiner Spiegel aufgeschwungen hat. Er hat seine Genugthuung darin gefunden, nicht nur, wie sein Vater, eine Anzahl der berühmtesten Sänger des verflossenen halben Jahrhunderts herangebildet, sondern vor allem eine Schule begründet zu haben, die noch heute in England, Frankreich und Deutschland in berufensten Vertretern blüht. Denn nicht nur Jenny Lind, Johanna Wagner, Bataille, Santley, Antoinette Sterling, Margaret Macintyre, Katherine Hayes, Agnes Larcom, die Misses Orridge und Thudichum, gehörten zu seinen Schülern — der alte Herr ist noch heute stolz darauf, dass die schwedische Regierung ihm den Wasa-Orden für seine Verdienste um die Ausbildung Jenny Lind's verlieh, und dass Richard Wag-

ner ihm einen Brief voll warmer Anerkennung über die Fortschritte schrieb, welche seine Nichte Johanna unter Garcia's Leitung gemacht hatte — sondern er ist auch der Lehrer von Frau Marchesi und von Julius Stockhausen, zweien der berühmtesten gegenwärtigen Sangmeister Frankreichs und Deutschlands gewesen. Und wenn wir heutzutage unter den Schülern der letztgenannten beiden grossen Instructoren zeitgenössische Vertreter der edelsten Gesangskunst finden, so sei es an dem bevorstehenden Jubeltage nicht vergessen, dass sie Abkommen der Garcia'schen Methode des Gesangsunterrichts sind!

Vor etwa 30 Jahren verheirathete sich unser Jubilar zum zweiten Male und zwei Töchter, von denen die eine vermählt ist, entsprossen seiner Ehe. Seine Gattin waltet mit sorgender Hand über dem Comfort seines Alters. Schriftstellerisch ist er seit dem Erscheinen seines magnum opus nur in Form einer hochgeschätzten Ergänzung seiner Gesangschule thätig gewesen. Jetzt geniesst er das „otium cum dignitate". Von seiner heutigen Erscheinung giebt die diesem Artikel beigefügte, speciell für das Centralblatt aufgenommene Photographie eine vortreffliche Idee, die freilich von dem von Sargent's Künstlerhand aufgenommenen Portrait weit übertroffen wird. Eine Photogravure desselben wird im Verlag der Berliner Photographischen Gesellschaft erscheinen.

Seit der Gründung der Londoner laryngologischen Gesellschaft, deren ältestes Ehrenmitglied Manuel Garcia ist, haben wir oft die Freude gehabt, den liebenswürdigen Greis in heiterster Stimmung und wunderbarer körperlicher Rüstigkeit bei unseren Stiftungsfesten erscheinen zu sehen, und in ihm nicht nur den Vater unserer Methode zu verehren, sondern ihn in seiner Sprachgewandtheit (er spricht fliessend spanisch, italienisch, französisch, englisch und etwas deutsch), seinem feinen Humor, seiner Herzensgüte und seiner rührenden Bescheidenheit zu bewundern und lieben zu lernen. Von letzterer sei es mir zum Schlusse gestattet, eine charakteristische und wahre Anecdote zu erzählen. Im Jahre 1891 hielt ich in der Royal Institution of Great Britain einen Vortrag über: „Die Cultur der Singstimme"*) In demselben bekämpfte ich die dogmatische Art und Weise, in welcher die Registerfrage von verschiedenen Autoritäten behandelt wird, und zeigte an der Hand der vorzüglichen French'schen Photographien des singenden Kehlkopfs, dass der Mechanismus der Register selbst bei Angehörigen einer und derselben Stimmgattung in verschiedenen Fällen ein durchaus verschiedener ist. Dieser Vortrag führte zu einem humoristischen Epilog. Unter meinen Zuhörern befand sich eine Anzahl der bekanntesten Londoner Gesanglehrer. Als ich geendigt hatte, kam einer derselben, ein durch seinen starren Dogmatismus bekannter Herr, zu mir heran und sagte, offenbar sehr geärgert: „Sie sollten nicht über Dinge sprechen, von denen Sie nichts verstehen!" — Ein zweiter drückte mir seine ganz besondere Anerkennung darüber aus, dass ich gegen die Theoretiker zu Felde gezogen sei und — — — knüpfte hieran eine von ihm selbst eben neu erfundene Theorie über Registerbildung! — Ein dritter erklärte, seinen Schülern abrathen zu wollen, sich zu Sängern auszubilden! — Ganz zuletzt aber kam der

*) Vgl. Centralblatt Bd. VIII. S. 486 u. ff.

alte Garcia und sagte mir: „Mein Gott! Wie viel unrichtiges habe ich in meinem Leben gelehrt!" — —

Nur ein wahrhaft wissenschaftlich denkender Mann kann so sprechen! Und deshalb, weil seine Erfindung nicht eine Laune des Schicksals, sondern das Ergebniss ernsten wissenschaftlichen Denkens ist, feiern den ehrwürdigen Greis am 17. März 1905 nicht nur seine eigene Kunst, nicht nur seine dankbaren Schüler, sondern auch die medicinische Wissenschaft. Wir wollen ihm für seine grosse Gabe danken. Wir wollen ihm sagen, dass wir in Treue bestrebt sind, seine Erfindung weiter zum Besten der leidenden Menschheit, zur Hebung der Wissenschaft, zur Entwicklung der edlen Kunst des Gesanges zu verwerthen. Und wir Alle wollen uns zu dem innigen und herzlichen Wunsche vereinigen, dass Manuel Garcia, dem Vater der Laryngoskopie und der modernen Laryngologie, noch viele Jahre in gleicher Rüstigkeit des Geistes und Körpers beschieden sein mögen, die ihm die gütige Vorsehung bis zum heutigen Tage gegönnt hat!

Das walte Gott! —

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **Fernandès** und **van Swieten. Statistischer Bericht aus der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung von Dr. Goris aus dem Jahre 1903. (Relevé statistique du service d'Otorhinolaryngelogie du Dr. Goris pendant l'année 1903.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 2. 1904.*

Es präsentirten sich auf der Klinik von Goris 1300 neue Kranke; vorgenommen wurden 709 Operationen; davon kommen auf den Pharynx 508 (mit 359 Adenotomien; 145 Amygdalotomien und 4 Nasenrachenpolypen); auf die Nase und Adnexe 47: auf die Nasennebenhöhlen 35 (Sinusitis maxill. 10, sphenoid. 6, frontalis 4, ethmoid. 13 und Pansinusitiden 2); auf den Larynx 13 (Tracheotomien 8; Laryngectomie mit Tod und Bronchopneumonie 1; Laryngoplastiken 2; Laryngofissuren wegen Kehlkopfpolypen 2); auf das Ohr 34; auf die angrenzenden Organe: Gesichtsoperationen 21; auf die Kiefer, Zähne und Zahnfleisch 16; auf den Mund und die Zunge: Uranostaphylorrhaphien, Uranorrhaphien und 1 Uranoplastik 10; auf den Hals und Schilddrüse: praelaryngeales Sarcom (1); Bronchialfistel (1); Submaxillarcyste (1); Strumen (9); Lymphdrüsenexstirpationen (7) 19; auf den Schädel: Trepanationen für endocranielle Complicationen chronischer Otitiden: A. der Schläfenbeingrube (3); B. der Kleinhirngrube (2); C. Craniectomien (4); Plastik nach Craniectomien (2).

BAYER.

2) **J. C. Ard. Bericht über Fortschritte in Rhinologie und Laryngologie. (Report on progress of Rhinelogy and Laryngology.)** *N. Y. Medical Record. 30. Juli 1904.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Literatur des vergangenen Jahres; er spricht zunächst über die Nebenhöhlenchirurgie und die Diagnose der Nebenhöhlen-

erkrankungen, bespricht die Paraffinbehandlung bei Ozaena, die neuen Operationsmethoden bei Septumleisten, die Serumtherapie bei Heufieber, die Behandlung des Schleimhautlupus mit Finsenlicht, den Stand der Therapie bei Larynxcarcinom und Larynxtuberculose.

LEFFERTS.

3) **Fritz Levy** (Berlin). **Demonstration von Typhusbacillen im Sputum.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. Vereinsbeilage. 1904.*

Bacillen von der zweiten Woche ab im Sputum.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **Perzew. Zur Frage der Aetiologie influenzaähnlicher Krankheiten. woprosu et. influenzapodobnich sabolewanii.)** *Diss. St. Petersburg. 1902.*

Influenzaähnliche Krankheiten theilt der Autor in 3 Kategorien: mit Symptomen von Seiten des Rachens, der Lungen und des Magendarmkanals.

Es fanden sich häufig bei influenzaähnlichen Fällen nur Staphylo- und Streptokokken.

Der Influenzabacillus hat keine charakteristischen mikroskop. Eigenschaften. Seine Lebensfähigkeit ist von kurzer Dauer.

P. HELLAT.

5) **Boenninghaus** (Breslau). **Ueber nervösen Halsschmerz.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1904.*

Bei Halsbeschwerden unbestimmten, schmerzhaften Charakters mit nur geringfügigem objectiven Befund (leichter chronischer Rachen- und Kehlkopfkatarrh) fand Verf. bei systematischer Palpation des äusseren Halses einen auf Druck schmerzhaften oberen Punkt seitlich zwischen Zungenbein und Schildknorpel — entsprechend dem Durchtritt des Schleimhautastes des Nervus laryngeus superior durch die Membrana hyo-thyreoidea — und „einen unteren Druckpunkt kurz über der Clavicula und dicht neben der Luftröhre“ — entsprechend „der Austrittsstelle des Nervus laryngeus inferior seu recurrens aus der Brusthöhle zum Halse“. Verf. sieht in dem „steten Auftreten der Schmerzpunkte an den Nervi laryngei neben Katarrhen der oberen Luftwege“ einen Zusammenhang, und glaubt, dass der primäre Katarrh secundär zu einer Erkrankung der sensiblen Schleimhautfasern der Nerven führe, also vorliege „eine Pharyngo-Laryngitis chronica, complicirt mit Neuritis laryngea“. Erfolgreichste Therapie durch äussere Massage des Halses.

ALBANUS (ZARNIKO).

6) **Löwenheim** (Liegnitz). **Ueber urticarielles Oedem.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 46. 1903.*

Verf. hat in Niederschlesien etwa 90 Fälle gesehen, wo erst Oedeme, dann ekzematöse Erscheinungen auftraten. Die für ein specielle Krankheit der Niederung angesehene Erkrankung zeigt neben Gesichts- und Lidschwellungen oft die Mundschleimhaut verdickt, seltener Oedem der Nasenschleimhaut.

ALBANUS (ZARNIKO).

7) **Pieniazek. Einige Bemerkungen über Asthma bronchiale. (Kilka uwag o dychawicy oskczelowej.)** *Przegl. lek. No. 48. 1904.*

Nachdem der Verfasser die verchiedenen Theorien über Asthma kritisch besprochen hat, behauptet er, dass das Leiden in Folge von acuter Schwellung der

Bronchialschleimhaut entsteht in Folge der unregelmässigen Thätigkeit der vasomotorischen Nerven, und zwar einer Lähmung deren Bronchialfasern; daher entsteht Blutstauung mit nachfolgender Transsudation und Oedem der Schleimhaut. Vermittelst dieser Theorie will Verfasser die verschiedenen Formen und Verlaufvarietäten des Asthma näher erklären; bespricht auch eingehend den Zusammenhang des Bronchialasthma mit Nasenkrankheiten. A. v. SOKOLOWSKI.

8) **Dünges** (Schöneberg bei Wildbad). **Asthma und infectiöse Lungenleiden (Tuberculose, Pneumonie).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1904.*

Zu der Frage des Antagonismus zwischen Asthma nervosum und Lungentuberculose führt Verf. einen Fall an: 40jähriger Patient, seit 25. Jahr Lungentuberculose (Sputumuntersuchung). Im 25. Jahr hierzu nervös bronchiales Asthma. Die tuberculösen Lungenerscheinungen schwanden jetzt. Patient ist im asthmafreien Stadium vollkommen leistungsfähig. Verf. hält es für selten, dass Asthma auf Tuberculose folge. Umgekehrt fand Verf. unter 670 Lungenkranken der Lungen-Heilanstalt nur 2 Mal paroxysmales Asthma der Phthise vorausgegangen.

Dann theilt Verf. 2 Fälle von Pneumonie bei Asthmatikern mit, die diese Pneumonie auffallend gut, namentlich ohne stärkere Athembeschwerden ertrugen. Verf. sucht den Grund in durch Asthma entstandener compensatorischer Vorrichtung des Athmungsapparates, nämlich in der Geübtheit von Herbeiführung compensatorischer Lungenerweiterung, die bei vorkommender Pneumonie oder Tuberculose den betreffenden Patienten zu gute käme. ALBANUS (ZARNIKO).

9) **Eugen Hirschfeld** (Queensland). **Einige diagnostische Zeichen für beginnende Phthise. (Some diagnostic signs of early phthisis.)** *Australasian Medical Gazette. 21. November 1904.*

Unter anderen Zeichen für beginnende Pththise erwähnt Verf. das Vorhandensein von baumförmig verästelten dilatirten Venen in den beiden Vertiefungen zwischen der Plica glosso-epiglottica media und den Plicae glosso-epiglotticae laterales auf der oberen Fläche der Epiglottis. Er führt dieses Zeichen auf die Steigerung des intrathoracischen Drucks in Folge häufiger Hustenanfälle zurück.

A. J. BRADY.

10) **Jacob** (Berlin). **Ueber die Bedeutung der Lungeninfusionen für die Diagnose und Therapie der Lungentuberculose. I. Experimentelle Studien in Gemeinschaft mit Oberthierarzt Bongert. II. Klinische Studien in Gemeinschaft Prof. Dr. Rosenberg.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26, 27, 28. 1904.*

Um zu versuchen, ob grössere Mengen Flüssigkeiten zu therapeutischen Zwecken bis in die Lunge bis unterhalb der Bifurcation eingeführt werden können, brachte Verf. durch Tracheotomiewunden Kaninchen und einer Ziege Anilin- und Salicyllösungen in die Lunge. Die Eingiessungen wurden gut vertragen. Dann wurden 5 tuberculösen Kühen durch gesetzte Tracheotomiewunden mittelst eines weichen Katheters Lösungen von Hetol, Kreosot, Tuberculin (die auf Tuberkelbacillen nach vorgenommenen Versuchen bactericid wirkten), Methylenblau und Pyoktanin, jedesmal etwa 500 ccm während 6 Monate eingegossen; diese Eingiessungen wurden gut vertragen: besonders durch Tuberculin- und Kreosot-

lösung günstige Beeinflussung. Bei der vorgenommenen Section wird eine starke bindegewebige Abkapselung der tuberculösen Cavernen mit einer entzündlichen Reactionszone als Heileffect der Pulmonalinfusionen hervorgehoben. Nach Rosenberg wird zur Vornahme der Infusion beim Menschen mit 20 proc. Cocainlösung der Kehlkopfeingang, dann mit einem Trachealspray durch $2^1/_2$ proc. B.-Eucainlösung die Trachea und obere Theile der Hauptbronchien unempfindlich gemacht; nun wird durch eine eingeführte weiche Bougie, die bis in einen Hauptbronchus vorgeschoben werden kann, die Flüssigkeit — etwa 20—30 ccm — eingegossen. Mittheilung von 5 Krankengeschichten durch Jacob. Die Kranken befanden sich theils im 1., theils im Anfang des 2. Stadiums der Lungentuberculose. Es wurden in die Lungen auf die beschriebene Art Tuberculinlösungen (von 1 mg steigend bis 5 mg Tuberculingehalt) gebracht, die gut vertragen wurden und nach Ablauf einiger Monate einen günstigen allgemeinen und localen Erfolg herbeigeführt haben sollen. Hervorhebung des diagnostischen Werthes der Tuberculininfusionen zur Erkennung localer Tuberculose der Lunge: schon der 10. Theil der Dosis von Tuberculin, der sonst subcutan positive Reaction giebt, reicht bei localer Lungentuberculose für Pulmonalinfusionen aus, um positive Reaction zu erzielen. Sitzt die Tuberculose an anderer Stelle, so benöthigt die Infusion die gleiche oder eine höhere Dosis Tuberculin als die subcutane Einverleibung.

In der Discussion (Deutsche med. Wochenschr. 1904. 31. 32. 33. Vereinsbeilagen) sprechen sich Oestreich, Westenhoeffer, Litten, Klemperer, Max Salomon, Benno Levy, Max Wolff, von Schroetter jun. (Wien), Wassermann mehr oder weniger abfällig über die Vorträge aus. Westenhoeffer, Lazarus, Hans Kohn werfen Jacob Unrichtigkeiten in den Krankengeschichten vor, die die angegebenen günstigen Erfolge discreditiren. ALBANUS (ZARNIKO).

11) **Gevers-Leuven** (Haag). **Beitrag zur Aërodynamik der Respirationswege. (Contribution à l'Aérodynamique des voies respiratoires.)** *Annales de la Soc. médico-physique d'Anvers. II. a. 4. et 5. livr. 1904.*

Verf. behandelt:

A. die Permeabilität der Nasenhöhlen im Vergleich von links zu rechts;

B. die comparative Permeabilität von Nase und Mund;

C. die Permeabilität der linken Nasenhöhle im Vergleich zur rechten insofern dieselben der Action kalter und warmer Luft oder Reizen ausgesetzt werden.

In D. giebt er die Beschreibung seiner neu modificirten Luftbrücke.

In einem zweiten Capitel bespricht er die absolute Permeabilität, d. h. die Quantität Luft, welche bei constantem Druck in einer Zeiteinheit den Leitungsweg durchströmt; in einem dritten Capitel behandelt er die respiratorische Capacität, die sich kleiner ergiebt bei der Exspiration als bei der Inspiration.

Vom pathologischen Standpunkt aus kommt er zu dem Schluss, dass man

a) wenn eine Ungleichheit beider Nasenhöhlen existirt und diese Inegalität in der Rückenlage unverändert bleibt, auf eine knöcherne Stenose schliessen könne; dass

b) wenn die Differenz zunimmt oder sich nur in der Rückenlage zeigt, man eine Anschwellung der Schleimhaut der unteren Muschel annehmen könne;

c) eine grosse Veränderlichkeit in einer ziemlich kurzen Zeit lasse auf locale vasomotorische Störungen schliessen;

d) diese Compretationen im Falle allgemeiner neurasthenischer Erscheinungen lassen auf die Existenz einer Neurasthenie vasomotorischen Ursprungs schliessen. Verf. hat keinen Ventileffect constatiren können, es sei denn manchmal dem Anscheine nach, wenn die Totalweite der Oeffnungen des Brückensystems zu klein gewählt wurde für das momentane respiratorische Bedürfniss. BAYER.

12) **Vandevelde. Die Hydrotherapie bei der Behandlung der Respirationsorgane. (L'hydrothérapie dans les maladies des organes respiratoires.)** *Annales de la Soc. de méd.-physique d'Anvers. II. a. 3. livr.*

V. macht in der Gesellschaft für physikalische Medicin in Antwerpen einen Bericht über die Hydrotherapie bei der Behandlung der Respirationsorgane, und bespricht:

A. die Erkrankung der oberen Luftwege, speciell des Larynx;

B. die der Bronchien und

C. die der Pleura.

Er resumirt dahin, dass er unter der grossen Anzahl hydrotherapeutischer Verfahren bei der Behandlung der Erkrankungen der Respirationswege nur eine ganz kleine Anzahl beibehalten habe; es sind hauptsächlich: der revulsive und sedative Einfluss auf die schmerzhaften subjectiven Symptome, die allgemeine tonisirende Action und ihre günstige Beeinflussung der Respirationsorgane, welche in Betracht kommen; manchmal kann auch deren antithermische Action mit Vortheil benutzt werden. Vor allem sei aber in der Hydrotherapie ein wirksames Mittel zur Abhärtung für zu obigen Erkrankungen disponirte Personen geboten. BAYER.

13) **Berthold** (Königsberg i. Pr.). **Ein neues Modell zur Heissluftbehandlung von Ohren- und Nasenkranken.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. 1904.*

Zur Zuführung der kalten Luft wird ein Gummidoppelballon oder ein Gummitretgebläse benutzt. Aus dem Brennrohr einer schwedischen Löthlampe (nach Art der Aeolipile) strömt vergastes Benzin, welches angezündet eine kräftige Flamme in ein weites Ansatzrohr hinein unterhält, in welchem wieder in einem durchgeführten, dünnen Eisenröhrchen die zugeführte kalte Luft Gelegenheit zur Erhitzung hat. Die Temperatur kann regulirt und bis 110° C. gesteigert werden.

ALBANUS (ZARNIKO).

14) **Heryng. Ueber die neuen Methoden und Inhalationsapparate. (O nowych metodach i przyczadach inhalacyjnych.)** *Przegl. Lek. i. Med. No. 52—53. 1904.*

Verf. beschreibt einen eigenen Inhalationsapparat, vermittelst dessen man die Temperatur der zu inhalirenden Flüssigkeit genau reguliren kann (gen. Thermoregulator und Thermoaccumulator). Vermittelst dieser Apparate können Flüssigkeiten entsprechender Weise von verschiedener Zusammensetzung bis in die Alveolen gelangen und können dadurch nicht nur bei verschiedenen Krankheiten des oberen Respirationstractus, sondern sogar des Lungenparenchyms (chronische Tuberculose) nach der Ansicht des Verf. gute Dienste leisten. A. v. SOKOLOWSKI.

15) **B. Fränkel. Ein leichter Reflector.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 580.*

Der Reflector, von Dörffel und Färber in Berlin (Friedrichstr. 105a) gearbeitet, wiegt bei 10 cm Durchmesser mit Stirnband 84 g, ohne Stirnband 71 g.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Parmentier. Der Nasenverschluss. (L'obstruction nasale.)** *Progrès Méd. Belge. No. 6. 1903.*

Der Autor hebt zuerst die Gefahren hervor, welche die Mundathmung in Bezug auf Rachen-, Kehlkopf- und Brustaffectionen mit sich bringt; ausserdem kann der Nasenverschluss, insbesondere bei Kindern, ernstere Nutritionsstörungen hervorbringen. Er geht dann über zur Aufzählung der verschiedenen Ursachen, welche den Nasenverschluss bedingen mit Berücksichtigung ihrer Natur.

BAYER.

17) **Courtade. Klinische und physiologische Studie über Nasenverstopfung. (Etude clinique et physiologique de l'obstruction nasale.)** *Arch. Internat. de Laryngologie, Otol. etc. No. V. 1903.*

Verf. stellt das zusammen, was wir in Bezug auf die verschiedenen von Nasenaffectionen ausgehenden reflectorischen Störungen wissen.

E. J. MOURE.

18) **Mayo Collier. Ueber latente oder intermittirende Nasenverstopfung. (On latent or intermittent nasal obstruction.)** *Lancet. 13. Februar 1904.*

Verf. macht auf die wichtige Beziehung zwischen Erkrankungen der Nase, insbesondere den mit Nasenverstopfung verbundenen und Affectionen der Respirationsorgane, des Auges und Ohrs aufmerksam. Die Nebenhöhlen spielen eine wichtige Rolle bei der Erwärmung und Reinigung der eingeathmeten Luft. Verf. theilt eine Anzahl von Fällen mit, die die Bedeutung der Nasenathmung für den Gesammtorganismus illustriren sollen.

A. BRONNER.

19) **L. Rugani. Experimenteller Beitrag zur pathologischen Anatomie der Nasenverstopfung. (Contributo sperimentale all'anatomia patologica della stenosi nasale.)** *Arch. Ital. d. Otologia etc. II. 1904.*

Verf. giebt die Sectionsbefunde von Hunden, denen er ein resp. beide Nasenlöcher zugenäht hatte und die er zu Untersuchungen über die Physio-Pathologie der Nasenathmung benutzt hatte. Ueber letztere Untersuchungen hat er bereits früher berichtet (cfr. Centralblatt 1903, Seite 402). Die Section ergab Lungenemphysem und bei dem Hunde mit Verschluss beider Nasenlöcher auch chronische interstitielle Nephritis.

FINDER.

20) **Tommaso Mancioli. Zahncaries und Nasenverstopfung. (Carie dentaria e ostruzione nasale.)** *Bollett. d. Malatt. dell'orecchio etc. October 1904.*

Aus den vom Verf. und anderen Autoren über die Häufigkeit, mit der die einzelnen Zähne von Caries befallen werden, angestellten Untersuchungen ergiebt sich, dass von den Vorderzähnen bis zum 1. Molaris am häufigsten die oberen, von den Hinterzähnen häufiger die hinteren cariös werden. Verf. erklärt dies

durch einen Zusammenhang zwischen Caries und Nasenverstopfung. Durch behinderte Nasenathmung im Kindesalter wird die Bildung der Alveolen, Richtung und Stellung besonders der oberen Schneidezähne ungünstig beeinflusst und zur Caries prädisponirt. Bei der Mundathmung streicht, wie man sich durch Versuche überzeugen kann, die in- und exspirirte Luft schnell über die oberen Schneidezähne und die unteren Hinterzähne; das giebt für diese Zähne ein continuirliches, wenn auch leichtes Trauma, setzt sie dem Wechsel der äusseren Temperatur aus und begünstigt die Caries. FINDER.

21) **Dobrowolsky** (Lausanne). **Ueber den Werth der elektrischen Durchleuchtungsmethode für die Diagnose der Kieferhöhlenentzündungen. (Les sinusites et leur écleirage électrique.)** *Dissertation. Lausanne 1903.*

Verf. hat 484 Schulkinder, und 70 Erwachsene ohne Sinuserkrankungen durchleuchtet. Sie fand bei 128 Kindern den unteren Orbitalrand in Form des liegenden Halbmonds, 153 am inneren Augenwinkel in Form des stehenden Trapezes, bei 232 die ganze Wange diffus durchleuchtet, $^1/_3$ der Kinder hatte erleuchtete Pupillen; alle, ausgenommen 45, empfanden rothes Licht bei geschlossenen Augen. Die 70 Erwachsenen zeigten 31mal den Halbmond, 19mal das Trapez, 30mal diffusse Durchleuchtung. Diese Differenzen der Durchleuchtung bei gesunden Kieferhöhlen schreibt Verf. ausschliesslich anatomischen Verschiedenheiten zu. Sie nimmt an, dass bei Ausbuchtung der Höhle in den Alveolarfortsatz der Orbitalrand, bei Ausbuchtung in der Richtung des Proc. nasalis der innere Augenwinkel durchscheinen; fehlen diese Ausbuchtungen, so entsteht bloss diffuse Durchleuchtung, wie man sie bei sämmtlichen positiv ausfallenden Versuchen mehr oder weniger deutlich sieht. Bei 26 Personen mit Sinusitis war 19mal vollständige Dunkelheit und 7mal Transparenz. Die undurchleuchtbaren Sinusiten erwiesen sich einigemale nicht als Empyeme, sondern als Polypenbildung oder als excessive Wucherung der Schleimhaut. Die Dunkelheiten und die Transparenz stufen sich bei den Empyemen je nach der Dicke der Eiterschicht ab, welche in ein und demselben Fall natürlich sehr schwankend sein kann.

Verf. schliesst, die Durchleuchtung habe diagnostischen Werth, wenn die eine Seite dunkel bleibe, die andere erleuchteten Halbmond oder Trapez zeige. Die beiderseitige gleichmässig diffuse Durchleuchtung lasse im Zweifel, weil der Unterschied zwischen beiden sehr gering und doch, wie die Erfahrung beweise, ein einseitiges (und beiderseitiges) Empyem vorhanden sein könne. Hier, wie wohl meistens, bleibt die Probepunktion in ihrem Rechte. Wenn man die vielen extremen Unterschiede der Oberkiefer bezüglich Grösse der Höhlen und Dicke der Knochen, Grad der Ausbuchtungen, nicht nur bei verschiedenen Individuen, sondern auch den zwei Seiten des gleichen Individuums bedenkt, so ist die beschränkte Zuverlässigkeit der Durchleuchtung von vornherein selbstverständlich. Der positive, wie der negative Ausfall kann zu Täuschungen führen, was auch Hajek hervorhebt. Bei der oft schwierigen Differentialdiagnose zwischen Kiefer-, Stirn- und Siebbein-Empyemen mag die Durchleuchtung mitunter ein schätzenswerthes Hülfsmittel sein, jedenfalls weit eher als die Durchleuchtung des Stirnbeinsinus, welche nur sehr bedingte Zuverlässigkeit zu bieten scheint. JONQUIÈRE.

22) **Alfred Hirschmann** (Berlin). **Ueber Endoskopie der Nase und deren Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 195. 1903.*

H. beschreibt Instrument und Technik seiner Untersuchungsmethode, sowie die mit ihr erhaltenen Resultate. Sein Endoskop hat einen Dickendurchmesser von nur 4 mm und wird durch den alveolaren Bohrkanal, den man mit einem Bohrer von 6—7 mm Durchmesser anzulegen pflegt, leicht in die Oberkieferhöhle eingeführt und frei darin bewegt. Für die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen verspricht die Endoskopie grossen Nutzen. — Der Abhandlung sind einige sehr instructive Abbildungen beigegeben.

F. KLEMPERER.

23) **Charles M. Robertson. Kopfschmerzen infolge nicht-eitriger Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Headache from non-suppurative inflammation of the accessory sinuses of the nose.)** *Journal of the American Medical Association. 5. März 1904.*

In letzter Zeit ist man auf die Entstehung von Kopfschmerzen infolge von Luftdruckstörungen in den Nebenhöhlen aufmerksam geworden. Diese Störungen sind nicht so selten, wie man glaubt und haben, ausser der Eiterung, alle Erscheinungen im Gefolge, wie sie ein Empyem hat. Verf. glaubt, dass es sich hierbei um eine Verminderung des Luftdruckes wegen Verhinderung des Lufteintritts in die Sinus infolge Verschluss ihres Orificiums handelt. So kann infolge der Schwellung der mittleren Muschel und Verlegung des Ausführungsgangs ein Sinus ganz von der übrigen Nase abgeschlossen sein. Die eingeschlossene Luft giebt ihren Sauerstoff infolge Resorption durch die Gefässe der Sinusschleimhaut ab, infolge der Luftverdünnung vermindert sich der auf die Schleimhaut ausgeübte Druck. Es findet eine Schwellung der letzteren statt und es tritt Lymphe in die Höhle aus. Natürlich giebt auch die Durchleuchtung in diesen Fällen ein negatives Resultat.

EMIL MAYER.

24) **C. Compaired** (Madrid). **Doppelseitiges voluminöses Epitheliom des Sinus und des Nasopharynx. Operation. Heilung. Wahrscheinliches Recidiv und Tod des Kranken angesichts des Mangels weiterer Nachrichten anzunehmen. (Voluminoso Epithelioma naso-faringeo sinusual doble. Operaciones. Curacion. Probable reproduccion y muerte del enfermo, dada la completa ausencia de noticias posteriores.)** *El Siglo Médico. No. 2567. 1903.*

Der Pat. hatte zuerst an Nasenschleimhautpolypen gelitten, die zum Theil exstirpirt wurden. Das Epitheliom entwickelte sich später in der Ausdehnung, die näher beschrieben wird. Die durch localen, im allgemein operativen Eingriff entfernten Geschwulstmassen wogen 233 Gramm. Es bestanden naso-pharyngeale, naso-orbitäre, naso-ethmoido-frontale und linksseitige naso-maxilläre Verzweigungen.

R. BOTEY.

25) **J. Passmore Berent. Die Radicaloperation für die Heilung der chirurgischen Highmorshöhlen-, Keilbein- und Siebbeineiterung. (The radical operation for the cure of chronic suppuration of the antrum of Highmore, sphenoid sinus and ethmoid cells.)** *The Laryngoscope. März 1904.*

Verf. hat 11 Radicaloperationen an 10 Patienten vorgenommen; er beschreibt

sein Verfahren, das dem von Jansen nachgebildet ist und erklärt, dass seine Resultate sehr zufriedenstellende seien.

EMIL MAYER.

26) **F. Roepke. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Nasennebenhöhlen. (Contribution to the pathology and treatment of the accessory nasal cavities.)** *Archives of Otology. April 1904.*

Es handelt sich in diesem Bericht zunächst um 3 Fälle von käsigem Empyem und zwar betreffen 2 Fälle davon die Siebbeinzellen, ein Fall die Oberkieferhöhle. Des Weiteren berichtet Verf. über ein Pneumatocele der Stirnhöhle, sodann über ein fötid-purulentes Empyem der Stirnhöhle mit Borkenbildung in einem Fall von ausgesprochener Rhinitis atrophicans, schliesslich über eine Stirnhöhleneiterung infolge einer Pistolenschusswunde. In letzterem Fall wurde die Kugel durch den Ductus naso-frontalis extrahirt.

EMIL MAYER.

27) **C. G. Coakley. Fall von beiderseitiger Sinusitis. (Case of bilateral sinusitis.)** *The Laryngscope. Mai 1904.*

Bericht über einen Fall von Empyem beider Oberkiefer- und Stirnhöhlen.

EMIL MAYER.

28) **Naumann** (Gotheborg). **Hyperostosis maxillae superioris sin., resectio maxillae sup. sin.** *Verhandl. d. med. Gesellschaft zu Gotheborg. S. 43. 1902.*

Der Oberkiefer war bedeutend vergrössert und ganz compact. Der Fall ist von rein chirurgischem Interesse.

SCHMIEGELOW.

29) **Lejars** (Paris). **Fremdkörper der Kieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire.)** *Société de Chirurgie. 27. Januar 1904.*

L. demonstrirt eine Revolverkugel, die aus der Oberkieferhöhle nach Eröffnung von der Fossa canina aus extrahirt wurde. Die Kugel war auf einem schrägen Wege in die Kieferhöhle eingedrungen; ihre Eintrittsstelle lag in der Schläfengegend.

PAUL RAUGÉ.

30) **Riese** (Berlin). **Plastik nach Oberkieferresection.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 41. Vereinsbeilage. 1903.*

Demonstration eines Falles von Carcinom, welches von der Highmorshöhle ausgegangen, nach der Mundhöhle und nach hinten durchgebrochen war. Es mussten operativ ausser dem Oberkiefer die Flügelfortsätze und der ganze knöcherne Boden der Orbita entfernt werden. Das Herabsinken des Bulbus wird durch die Muskelknochenlappenplastik nach Fritz König vermieden.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Ledderhose** (Strassburg). **Ein „todtes" Osteom der Kieferhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1904.*

38jähriger Patient. Seit Kindheit langsam wachsende Auftreibung des rechten Oberkiefers. Seit einem halben Jahre Eiterung aus rechtem oberen Eckzahn, nach dessen Extraction aus der entsprechenden Alveole Eiterung. Durch Abmeisseln der Ränder dieser Alveole Zugang zur Kieferhöhle, in der das auf der Oberfläche zerklüftete Osteom — nussgross, 11 g schwer — gelöst, aber noch eingekeilt lag.

ALBANUS (ZARNIKO).

32) **J. F. Klinednist. Sarkom der Oberkieferhöhle und Orbita. (Sarcoma of the maxillary antrum and orbit.)** *Pennsylvania Medical Journal. April 1904.*

Eine erste Operation wurde an der Orbita vorgenommen; Recidiv in drei Wochen; bei einem zweiten Eingriff wurde der ganze Tumor von der Highmorshöhle aus entfernt. Es war ein Rund- und Spindelzellensarkom. Kein weiteres Recidiv.

EMIL MAYER.

33) **G. Hudson Makuen. Fall von Aprosexia nasalis verbunden mit Stottern und Empyem der Oberkieferhöhlen. (A case of nasal aprosexia; associated with stammering and empyema of the maxillary antra.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

In dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen Knaben mit mangelndem Gedächtniss und fehlender Fähigkeit, seine Gedanken zu concentriren und aufmerksam zu sein; er ist ziemlich aufgeweckt, wird aber durch Gedankenarbeit leicht ermüdet. Aus letzterem Grunde ist eine Behandlung seiner Sprachstörung sehr schwierig. Die Aprosexia bringt Verf. in Abhängigkeit von der Antrumerkrankung.

EMIL MAYER.

34) **P. L. Friedrich** (Greifswald). **Zur Behandlung des chronischen Empyems der Highmorshöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. 1904.*

Des Verf.'s Methode besteht darin, dass von aussen her nach Umschneidung des Nasenflügels und angesetztem Schrägschnitt nach aussen unten der Nasenflügel abgelöst und die Crista nasalis freigelegt wird; dann wird diese und ein Theil der knöchernen Vorderwand der Kieferhöhhle entfernt und „hart am Boden der Kieferhöhle hingehend“ die nasale Wand 1 cm hoch etwa 3 cm weit abgekniffen, so dass ein breiter Zugang zur Höhle geschaffen und Abfliessen des Eiters gewährleistet wird. Tamponade der Höhle, primäre Naht des Nasenflügel- und Schrägschnittes, Herausleiten der Tampons aus der Nase. Guter Erfolg bei 7 Kranken.

ALBANUS (ZARNIKO).

35) **Percy G. Goldsmith. Ungewöhnlicher Fall von Antrumempyem. (Unusual case of empyema of the maxillary antrum.)** *Canada Lancet. December 1904.*

Patient hatte zuerst ein Empyem auf der einen, dann auf der anderen Seite; ein Drainrohr, das in diese eingelegt war, konnte nicht wieder aufgefunden werden. Später nach fester Tamponade der Höhle fand man das Rohr im Hals; es muss eine Oeffnung in der Höhle nach hinten zu gewesen sein.

EMIL MAYER.

36) **E. Hansen** und **F. Pluder** (Hamburg). **Ein Fall von wahrer Zweitheilung der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 404.*

Es handelt sich um einen zufälligen Befund an der Leiche eines etwa 30jährigen Mannes: die rechte Stirnhöhle war durch eine lückenlose knöcherne Scheidewand von annähernd sagittalem Verlauf in zwei Theile getheilt, die zusammen an Grösse fast genau der ungetheilten linken Stirnhöhle entsprachen.

F. KLEMPERER.

37) **Blondian** (Charleroi). **Revolverschuss; merkwürdiger ballistischer Effect. Eindringen des Geschosses in die Schädelhöhle durch den Sin. frontal. hindurch. Operation. Heilung. (Coup de revolver. Curieux effet de balistique. Pénétration du projectile dans la boîte crânienne à travers le sinus frontal. Opération. Guérison.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Otologie, de Laryngologie etc. p. 214. 1903.*

Aus grösster Nähe abgefeuerte Revolverkugel, Caliber 9, hatte sich vor ihrer Eintrittsstelle in den Sin. frontal. in zwei Segmente getheilt, wovon das kleinere sich aussen auf dem Stirnbein $2^1/_2$ cm nach oben von der Eintrittsstelle unter der Haut festgesetzt, während das andere grosse Segment den Sinus schräg von unten nach oben durchbohrend dem inneren Schädeldach entlang bis zur höchsten Höhe des Gehirns vordrang, wie die Radiographie erwies, und sich dort festsetzte.

Operation: Entfernung des kleinen Segmentes und Radicaloperation des Sinus wie bei der Sinusitis; an der inneren Schädelöffnung sieht man das Gehirn pulsiren und Knochensplitter in derselben; Entfernung letzterer; heftige Blutung, welche von weiterem Operiren Abstand nehmen liess. 4 Tage später Verbandwechsel, Drainage des Sinus nach der Nase hin. Naht der Hautwunde mit Compression. Heilung. Verf. hofft, dass die Kugel, welche bisher symptomlos geblieben, sich abkapseln werde.

BAYER.

38) **Mayer. Cyste des Sinus frontalis. (Kyste du sinus frontal.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 1. 1904.*

In der anatomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel, Sitzung vom 27. November 1903, zeigt M. ein Gehirn vor, an welchem man im Niveau des rechten Stirnlappens eine tiefe Einsenkung wahrnimmt, hervorgerufen durch eine Schleimhautcyste des Sinus frontal. von der Grösse eines Fötuskopfes. Nach einer ersten Operation, welche Depage an der 56jährigen Frau im Jahre 1900 vorgenommen und bei welcher die Natur der Cystengeschwulst festgestellt wurde, erholte sich die Patientin sehr gut und sämmtliche beunruhigenden Hirnsymptome verschwanden rasch; Recidiv 2 Jahre später. Depage beschloss nun die Decortication vorzunehmen, im Verlaufe derer die Dura mater, welche fest mit der Cystenwand verwachsen war, in einer ziemlich grossen Ausdehnung einriss. Tod nach einigen Stunden, wahrscheinlich infolge des brüsken Ergusses der Cerebrospinalflüssigkeit.

BAYER.

39) **Kutvirl** (Prag). **Sarcoma sinus frontalis.** *Sbornik klinicki. V. 6. 1903.*

Primäre Geschwülste des Sinus frontalis sind selten. In diesem Falle handelte es sich um ein Spindelzellensarkom, das im weiteren Verlaufe auch die Nachbarschaft ergriff und durch Meningitis zum Tode führte.

CHIARI.

40) **Harold Bailey. Leukaemie der Stirnhöhle in einem Fall von doppelter Höhle auf jeder Seite. (Leukaemia of the frontal sinus in a case with supernumerary sinusses in each side.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Es war die Diagnose auf Stirnhöhlenempyem gestellt worden und die Operation wurde vorgenommen. Der Fall endete tödtlich. Bei der Autopsie fand man beiderseits eine doppelte Stirnhöhle und die Schleimhaut der Höhlen war so ge-

schwollen, dass sie fast den ganzen Hohlraum einnahm. Untersuchung der Schleimhaut ergab, dass Mucosa und Submucosa mit Lymphocyten infiltrirt war, und zwar in höchst auffallender Weise. Diese Infiltration war in allen untersuchten Schnitten gleichförmig. Die Umgebung der Gefässe war im Ganzen mehr infiltrirt, als die übrigen Theile. Bei Durchschnitten durch manche Gefässe sah man die Lymphocyten im Lumen liegen, durchsetzt mit rothen Blutkörperchen.

EMIL MAYER.

41) **F. Thiele. Beitrag zur Killian'schen Radicaloperation chronischer Stirnhöhleneiterungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 537. 1903.*

Bericht über 6 Fälle aus der Praxis von Noltenius (Bremen), in welchen die Radicalcur nach Killian zur Anwendung kam. In 4 Fällen wurde ein vollständiger Erfolg erzielt; in einem Falle blieb die Heilung bisher aus, was jedoch nicht der Methode Killian's zur Last gelegt werden kann, da entgegen den Angaben Killian's nicht so viel vom Knochen, als erforderlich war, weggenommen wurde; ein Fall endlich starb an Meningitis, doch ist der Ursprung derselben, da die Section verweigert wurde, nicht klargestellt. Verf.'s Endurtheil geht dahin, „dass die neue Radicaloperation Killian's als ein Fortschritt und eine dankenswerthe Verbesserung unserer Operationsmethoden bei chronischer Stirnhöhleneiterung warm zu begrüssen ist".

F. KLEMPERER.

42) **H. M. Fish. Stirnhöhlenempyem als Ursache für Accommodations-Parese. (Frontal sinusitis a cause of accommodation parese.)** *New Orleans Medical Journal. Februar 1904.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass manche Sehstörungen auf Affectionen der Stirnhöhle zurückzuführen seien; denn es ergab sich, dass nach Ausspülung der Höhle in diesen Fällen eine Verbesserung des Sehvermögens eintrat.

EMIL MAYER.

43) **H. Manning Fish. Stirnhöhlenempyem und partielle Ophthalmoplegia interna. (Frontal sinusitis and ophthalmoplegia interna partialis.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Februar 1904.*

Verf. berichtet über einige Fälle von Nebenhöhlenerkrankung vom Standpunkt des Ophthalmologen und macht auf einige Punkte aufmerksam, die bisweilen von Rhinologen übersehen werden. Er resumirt dahin, dass partielle Ophthalmoplegia interna, die in verschiedenen Intervallen und wechselndem Grade (mit wechselnder Lage des Nahpunktes) auftritt bei einem emmetropischen Auge, sofern für sie keine andere Ursache auffindbar ist, den Gedanken an eine Stirnhöhlenerkrankung nahe legt.

LEFFERTS.

44) **George Fetterolf. Reflectorische Herzhemmung infolge Reizung der peripheren Trigeminusfasern im Verlauf einer Operation wegen chronischen Stirnhöhlenempyems. (Reflex cardiac inhibition resulting from irritation of the peripheral fibers of the trifacial nerve and occuring in the course of an operation for chronic empyema of the frontal sinus.)** *American Medicine. 19. März 1904.*

Jedesmal, wenn der Operateur mit der Curette die Sinuswand berührte, war

ein merkliches Nachlassen in Stärke, Füllung und Frequenz des Pulses zu constatiren, dabei trat Cyanose ein. Die Curettage musste daher öfters unterbrochen werden. Diese Erscheinung ist bisweilen bei Operationen beobachtet worden an Stellen, die vom Trigeminus versorgt werden, besonders häufig von Zahnärzten. Im vorliegenden Falle war die Stirnhöhlenschleimhaut eine solche Stelle. Verf. hat die anatomischen Verhältnisse studirt und gefunden, dass die Nervenfasern vom N. supraorbitalis stammen, möglicherweise mit Betheiligung von Fasern aus dem Schläfen-Backenzweig.

EMIL MAYER.

45) E. Gruening. **Empyem der Siebbeinzellen und der Stirnhöhle; Abscess des Stirnlappens; Pneumococcaemie; Tod. (Empyema of the ethmoid cells and the frontal sinus; abscess of the frontal lobe; pneumococcaemia; death.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1904.*

Patient litt eine Zeit lang an chronischer Siebbein- und Stirnhöhleneiterung. Er erkrankte an einer Pneumokokkeninfection, wobei die Nase die Eintrittspforte darstellte; die Infection breitete sich auf die Ethmoidalzellen, die Orbita und das Gehirn aus, liess jedoch die Stirnhöhle unberührt. Der eitrige Inhalt derselben enthielt den Pneumococcus nicht, dagegen fand sich dieser im Eiter der Siebbeinzellen, der Orbita und des Gehirns. Das hervorstechendste klinische Symptom, das den Patienten bestimmt hatte, die Augenklinik aufzusuchen, war die Orbitalaffection mit der Protrusio bulbi.

LEFFERTS.

46) Orlando Orlandini. **Ein Fall von Osteo-Periostitis der Orbita infolge Stirn- und Siebbeinempyems. Abscess des Stirnlappens und Meningitis. Leichenbefund. (Sopra un caso di osteoperiostite dell'orbita da sinusite frontale ed etmoidale. Ascesso del lobo frontale e meningite. Reperto necroscopico.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. 31. Juli 1904.*

Der Fall betrifft einne 15jährigen Knaben, der mit einer Schwellung am rechten inneren Augenwinkel erkrankte, die sich auf das obere Lid erstreckte. Exophthalmus des rechten Auges; Diplopie; grosse Schmerzhaftigkeit im Bereich der Schwellung; leichtes Fieber, Absonderung schleimig-eitriger Secrete aus der rechten Nase. Als Fluctuation bemerkbar wurde, wurde eine Incision gemacht und es entleerte sich eine grosse Menge Eiter; mit der Sonde kam man auf rauhen Knochen; danach schnelles Verschwinden des Exophthalmus und der Diplopie, Abnehmen der Lidschwellung. In Chloroformnarkose wurde der Knochen mit dem scharfen Löffel leicht ausgeschabt. Nach 6 Tagen begann Erbrechen, Kopfschmerzen, Unregelmässigkeit des Pulses und der Athmung; dabei grosse Blässe und subnormale Temperatur, die später einer Fiebertemperatur bis 39° wich. Exitus. Man fand Meningitis der Gehirnbasis, die Dura mater war entsprechend der Wunde am rechten oberen Augenlid usurirt und perforirt; die Lamina interna der Orbita rauh, beide Stirnhöhlen und Siebbein mit Eiter erfüllt. Die bacteriologische Untersuchung gab Reinculturen von Staphylococcus pyogenes albus.

FINDER.

47) **Broeckaert. Einige Bemerkungen zur Radicalcur der chronischen Sinusitis fronto-ethmoidalis. (Quelques notes sur la cure radicale de la sinusite fronto-ethmoidale chronique.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. I. Fasc. 1904.*

B. verwirft formell das Verfahren von Jacques (Nancy), welches de Stella zu gleicher Zeit wie letzterer in mehreren Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge ausgeübt hatte; er spricht sich für das Verfahren von Kuhnt-Luc oder das von Killian für alle chronische Sinusiten aus. Demjenigen, der nicht mit der einzig wahren Radicalcur Killian's vertraut sei, räth er an, mit dem Luc'schen Verfahren zu beginnen, d. h. mit der Eröffnung der vorderen Sinuswand. Wenn man den Sinus wenig ausgedehnt findet und das Siebbeinlabyrinth nicht an der Eiterung theilnimmt, dann kann man sich mit der Kuhnt-Luc'schen Methode begnügen; in allen anderen Fällen aber sei der einzig einzuschlagende Weg, die Operation nach den von Killian genau festgestellten Regeln zu Ende zu führen.

BAYER.

48) **C. F. Finlay. Ein Fall von Thrombose des Sinus cavernosus als Complication eines Keilbein- und Siebbeinempyems irrthümlicherweise als Thrombose des Sinus lateralis gedeutet. (A case of thrombo-phlebitis of the cavernous complicating an empyema of the sphenoidal sinuses and ethmoidal cells mistaken for a thrombo-phlebitis of the lateral sinnses.)** *Arch. of Otology. December 1903.*

Ein 16jähriger Patient wurde deliriren ins Krankenhaus gebracht; die Anamnese ergab, dass er einige Wochen lang eitrigen Ausfluss aus dem linken Ohr gehabt hatte. Zwei Tage vor seiner Aufnahme bestanden heftige Schmerzen im linken Ohr; auch sonst Symptome von Mittelohrerkrankung. Mastoidoperation und Eröffnung des Sinus lateralis; Tod. Bei der Autopsie ergab sich, dass die Keilbeinhöhle und hintere Siebbeinzellen mit gelbem fötidem Eiter erfüllt waren. Bemerkenswerth ist, dass immer Beschwerden seitens der Nase bestanden hatten.

EMIL MAYER.

49) **C. G. Coakley. Eine leichte Methode, in die Keilbeinhöhle zu gelangen. (An easy method of entering the sphenoidal sinus.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Nach Application von Cocain und Adrenalin wird die Gegend zwischen mittlerer Muschel und Septum mit Wattetupfern sorgfältig von Schleim und Eiter gereinigt. Eine dünne, nicht zu biegsame Sonde wird an der Spitze ungefähr 2 cm nach oben gebogen und diese Spitze mit Watte dünn umwickelt; sie wird zwischen mittlerer Muschel und Septum so eingeführt, dass der nicht umgebogene Theil parallel und oberhalb des unteren Randes der mittleren Muschel liegt. Mit der Sondenspitze wird nun die vordere Keilbeinhöhlenwand abgetastet, bis man das Gefühl hat, dass man in eine Höhle geräth. Postrhinoskopisch muss man sich davon überzeugen, dass man nicht in den Nasenrachen gelangt ist, bei dieser Untersuchung sieht man gewöhnlich ein kleines Stück des nicht watteumwickelten Sondentheils im oberen Theil der Choane. Verticale und laterale Bewegungen

des Instruments sind nicht möglich, da dasselbe sich in einem engen Canal befindet, dagegen können rotirende Bewegungen gemacht werden. EMIL MAYER

50) A. Onodi. **Das Verhältniss des Nervus opticus zu der Keilbeinhöhle und insbesondere zu der hintersten Siebbeinzelle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 360. 1903.*

51) **Derselbe. Zur Kenntniss der Höhlen im Stirnbein.** *Ebenda. S. 375.*

Sorgfältige anatomische Studien, deren Wiedergabe im kurzen Referat nicht möglich ist. Der Rhinochirurg, für den die genaue Kenntniss dieser Verhältnisse nothwendig ist, wird sie im Original studiren müssen. F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

52) **A. Dohrn. Zur Urgeschichte des Wirkelkörpers.** *Mittheilungen aus der Zool. Station zu Neapel. Bd. 17. H. 1 u. 2. 1904.*

Betrifft die Mandibularhöhle und Prämandibularhöhle der Selachier.

J. KATZENSTEIN.

53) **A. Manno. Ueber die Art, wie bei Hühnerembryonen die Pharynxmembran durchbrochen wird und verschwindet. (Sopra il modo si perfora e scompare la membrana faringea negli embrioni di pollo.)** *1 Taf. Ric. Labor. Anat. norm. Univ. Roma. Vol. 9. Fasc. 3. p. 233—243.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

54) **W. Walkhoff. Beitrag zur Lehre der menschlichen Kinnbildung.** *Anat. Anzeiger. 5/6. S. 147. 1904.*

Polemik gegen E. Fischer und Weidenreich und nochmalige Darlegung seines Standpunktes: W. nimmt an, dass neben der formgestaltenden Thätigkeit der Muskeln an der hinteren Seite des Vorderkiefers für die Entstehung des Kinnes gleichzeitig und gleichwerthig noch eine fortschreitende Reduction der Kiefer und Zähne bei dem Menschen stattfindet. Ferner hält W. für sicher, dass seine Theorie über die Entstehung des Kinnes beim Menschen durch die vermehrte Thätigkeit der Sprachmuskeln bei gleichzeitiger Reduction des Gebisses an Grösse in der Sagittalebene durch die belgischen Funde (diluviale menschliche Knochenreste) gestützt wird. W. schildert die Reduction der Kiefer und Zähne an der Hand dieser Funde und erklärt auf dieser Basis die bisher wenig beachteten Uebergangsformen späterer Perioden. Daraus schloss W., dass der diluviale Mensch der direkte Vorfahr des heutigen Menschen sei. Der Abstand der Proc. condyloidei von den mittleren Schneidezähnen erklärt sich W. durch die Entstehung des Kinnes infolge der Reduction des Kieferkörpers und der Vorderzähne an Grösse. Im Gegensatz zu diesen Reductionserscheinungen gegenüber den diluvialen Kiefern lässt die verstärkte Thätigkeit der Zungenmuskeln das Trajectorium des Genioglossus besser hervortreten und sie trägt durch die Erhaltung des Kieferkörpers und der Symphyse gleichzeitig mit der Thätigkeit des Geniohyoideus und des Digastricus zur Entstehung des Kinnes bei. J. KATZENSTEIN.

55) **J. F. Schaumberg. Eine bakteriologische Untersuchung des Halses in 100 Fällen von Scharlachfieber. (A bacterielogical study of the throat in one hundred cases of scarlet fever.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1904.*

Die Culturen wurden zwischen dem 2. und 6. Krankheitstag angelegt. Von 20 Patienten wurde das Blut untersucht, stets mit negativem Erfolg. Die Culturen, die in 100 Fällen mit Material aus dem Hals angelegt wurden, hatten folgende Resultate: In 88 Fällen fanden sich Streptokokken, in 73 Fällen Staphylokokken, in 15 Fällen ein Diplococcus. Verf. glaubt nicht an die ätiologische Bedeutung des Streptococcus für das Zustandekommen des Scharlach; er findet sich auch in einer grossen Zahl von Fällen beim Gesunden. Der von Class beschriebene Diplococcus fand sich nur an einem kleinen Procentsatz der Fälle. LEFFERTS.

56) **J. A. Stucky. Gichtische Nasopharyngitis infolge Allgemeinerkrankung. Lithemic nasopharyngitis due to systemic disturbance.)** *Journal of the American Medical Association. 15. October 1904.*

Verf. versteht unter dieser Bezeichnung einen Typus von Erkrankung, der in enger ätiologischerBeziehung zu Rheumatismus und gichtischer Diathese steht und seinen Ursprung in einer durch Resorption vom Darmtractus aus oder in mangelhafter Function der Leber bedingten Autointoxication hat. Es handelt sich mehr um eine acute Congestion, als um einen entzündlichen Process. EMIL MAYER.

57) **R. Sokolowsky. Ueber die Beziehungen der Pharyngitis granulosa, resp. lateralis zur Tuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 14. H. 3. S. 547. 1903.*

Verf. untersuchte 34 Fälle aus dem Material von Dr. Gerber (Königsberg), von denen 13 mit Tuberculose, bezw. Lupus anderer Organe combinirt waren: von diesen 13 fand er bei 8 (also gleich 61,5 pCt.) Tuberculose der Granula, resp. der Seitenstränge, und zwar entsprach die Art der tuberculösen Erkrankung der sogen. „latenten"-Form der Tuberculose der Mandeln. Verf. zieht daraus den Schluss, dass in manchen Fällen die Exstirpation der Granula und Seitenstränge zu diagnostischen Zwecken, in anderen zu prophylactischen und therapeutischen in Betracht kommen dürfte. F. KLEMPERER.

58) **Herzfeld. Zur Therapie der Pharyngitis granulosa und lateralis.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 5. 1904.*

Abänderung eines schon 1894 angegebenen Instrumentes, bei dem die schneidenden Ringe am vorderen Ende der gerade verlaufenden Branchen sich befinden, auch Tonsillenreste können derart entfernt werden. Zu haben ist das Instrument bei Pfau, Berlin. SCHECH.

59) **Maurycy Hertz** (Warschau). **Ein Fall von acuter Pharynxtuberculose bei einem sechsjährigen Kinde.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 576. 1903.*

Krankengeschichte des Falles mit differential-diagnostischen Betrachtungen. Das Auftreten von Pharynxtuberculose bei Kindern ist selten, bisher sind 15 Fälle beschrieben. F. KLEMPERER.

60) **Sack. Ueber einen Fall von schwerer Mischinfection im Rachen.** *Mon. f. Ohrenkeilkde. No. 8. 1904.*

Combination von Syphilis mit Vincent'scher Angina bei einem 8jährigen Knaben unter dem Bilde einer Ulceration an den Mandeln und später an der hinteren und seitlichen Rachenwand, begleitet von Fieber. Heilung durch Jodkali.

SCHECH

61) **Lublinski** (Berlin). **Ueber das Verhältniss der Leukoplakie zur Syphilis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 21. 1904.*

Verf. sieht in der Syphilis nur „eine zur Leukoplakie disponirende Erkrankung", ohne dass jede Leukoplakie als eine Folge vorausgegangener Syphilis angesehen werden müsste. Erst auf längere locale Reize — Tabakmissbrauch, Alkohol, Medikamente wie Quecksilber, gewürzte Speisen, Unsauberkeit im Munde —, die die Mundschleimhaut oder Zunge treffen, entsteht Leukoplakie, die oft als Frühstadium in Form rother, glatter Stellen der Schleimhäute, bei weiteren Reizen als stärkere Keratosis in circumscripter oder diffuser Form auftritt. Antisyphilitische Behandlung wirkt leicht ungünstig durch neue Reizung der Schleimhäute.

ALBANUS (ZARNIKO).

62) **G. A. Leland. Leukoplakie der Zunge. (Leucoplakia of tongue.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. September 1904.*

Die Erkrankung bestand bei dem 68jährigen Patienten seit 10 Jahren. Sie betraf die Zunge und Lippenschleimhaut. Pinselungen mit 2proc. Resorcinlösung brachten die Flecken zum Theil zum Verschwinden und verringerten die Schmerzen erheblich.

EMIL MAYER.

63) **Hecht** (Wien). **Glossitis und Mediastinitis peracuta bei einem Säugling.** *Arch. f. Kinderheilkde. 39. Bd. 1904.*

Acht Monate altes Kind mit acut verlaufender Entzündung der Zunge mit Betheiligung der regionären Drüsen, der Gebilde des Mediastinum anticum, einer ganz frischen Pneumonie und einer allgemeinen Staphylokokkeninfection. Die Reihenfolge der Erscheinungen wird folgendermaassen dargestellt: Eine Streptokokkenbronchitis hat zu lobulären Herden in der Lunge, gleichzeitig zur Verbreitung auf dem Lymphwege ins mediastinale Zellgewebe geführt. Andererseits hat das eitrige Bronchialsekret im Munde verweilt und bei zu brüsker Mundreinigung und dadurch gesetzten Läsionen Gelegenheit zu örtlicher Infection der Zunge gehabt, begünstigt durch die allgemeime Erschöpfung.

SEIFERT.

64) **C. B. Lockwood** (London). **Secundäre Infection der Lymphdrüsen bei bösartigen Zungenerkrankungen. (Secundary infection of the lymphatic glands in malignant disease of the tongue.)** *The Clinical Journal London. 8. Juni 1904.*

Verf. giebt eine sorgfältige Beschreibung der Lymphgefässe der Zunge und ihrer Beziehungen zu den tiefen cervicalen und retropharyngealen Drüsen.

JAMES DONELAN.

65) **Srebrny. Geschwulst der Zungenbasis. (Przypadek guza na bodstawie jezyka.)** *Med. 39. 1904.*

Bei einem 40jährigen Manne, welcher seit einigen Monaten über Schling- und Sprachbeschwerden klagte, fand Verf. auf der linken Seite der Zungenbasis eine graue, auf der Oberfläche nekrotische, weiche Geschwulst, welche in die Mundhöhle hineinragte. Die Zunge war nicht infiltrirt. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulst zeigte gewöhnliche Hypertrophie der Zungentonsille.

A. v. SOKOLOWSKI.

66) **Wittmaack. Ueber Dislocatien der Zungenbasis durch Tumoren am Halse.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 470.*

Faustgrosse Geschwulst an der linken Halsseite, die sich bei späterer Operation als seröse Cyste, branchiogenen Ursprungs oder von einem versprengten Nebenkropf im Ligamentum thyreohyoideum laterale ausgehend, erweist. Bei der Kehlkopfuntersuchung sieht man das linke grosse Zungenbeinhorn als zapfenförmiges, ca. 1 cm langes kleinbleistiftdickes, von blasser Schleimhaut überkleidetes Gebilde aus dem verstrichenen Sinus pyriformis der linken Seite über die linke ary-epiglottischen Falte hinweg kurz oberhalb des Kehlkopfeingangs frei in das Pharynxlumen hineinragen; bei Phonation wird es um einige Millimeter weiter in das Lumen vorgeschoben, bei Schluckbewegungen steigt es deutlich mit dem Kehlkopf auf und ab. Während das Zungenbein so von rechts nach links verdreht erscheint, ist der Kehlkopf derart um seine Längsachse verdreht, dass seine Mittellinie von links hinten nach rechts vorn verläuft, sich also mit der Mittellinie des Körpers im spitzen Winkel kreuzte. Diese Verdrehung des Zungenbeins und des Kehlkopfes in entgegengesetzter Richtung erklärt Verf. aus der Verwachsung des Tumors mit dem Zungenbein oder Ligam. hyo-thyreoideum; nach dieser Richtung kommt ihr eine gewisse diagnostische Bedeutung zu, insofern als die gewöhnlichen seitlichen Halstumoren, die von der Schilddrüse oder den seitlichen Lymphdrüsen des Halses ausgehen und mit dem Zungenbein oder Lig. hyo-thyreoideum nicht verwachsen zu sein pflegen, Kehlkopf und Zungenbein nach derselben Seite verdrängen.

F. KLEMPERER.

67) **J. J. Richardson. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *American Medicine. 3. September 1904.*

Die häufigsten Erscheinungen der Zungentonsillen-Hypertrophie sind Husten und Veränderungen der Stimme nebst Fremdkörpergefühl im Halse. Der Husten ist trocken und ohne Auswurf. Infolge Ruptur der erweiterten Venen, die gewöhnlich die Hypertrophie begleiten, kann Blutung entstehen. Leichte Ermüdung der Stimme beim Singen und Sprechen mit Unmöglichkeit, die hohen Noten zu erreichen, ist besonders häufig. Auch können asthmatische Anfälle vorkommen. Besser als die Cauterisation ist die Entfernung durch das Tonsillotom.

EMIL MAYER.

68) **Wodon. Cyste der Zungenmandel. (Kyste de l'amygdale linguale.)** *Annales de la Policlinique Centrale de Bruxelles. No. 7. 1904.*

Mann von 50 Jahren, Arthritiker und Raucher, verspürt zuerst Prickeln an

der Zungenbasis, welches sich allmälig steigernd das Gefühl eines Fremdkörpers verursacht mit Erstickungsanfällen. Bei der Untersuchung entdeckt W. an der Zungenbasis eine wallnussgrosse Geschwulst, welche die Epiglottis nach hinten verdrängt; dieselbe ist rosafarbig von glatter Oberfläche und harter Consistenz, sodass der Autor ein Fibrom vor sich zu haben glaubte; bei der Punction mit dem Galvanocauter entleerte sich eine schleimige Flüssigkeit, welche die Natur des Tumors verrieth. Excision eines Stückes des Cystenwand. Heilung. — Die Lage des Tumors in der Mittellinie, ausgehend vom Foramen coecum und die mittlere glossoepiglottische Falte einnehmend, lässt W. die Diagnose auf eine Cyste des Bochdaleck'schen Canals stellen.

BAYER.

69) **Henry R. Storrs. Zungenkropf. (Lingual goitre.)** *Annals of Surgery. September 1904.*

Verf. hat 32 derartige Fälle zusammengestellt. Die Geschwulst hat ihren Ursprung stets von einer Nebenschilddrüse, während der Entwicklung des Ductus thyreoglossus. Sie besitzt alle Charakteristica der gewöhnlichen Struma, kommt fast ausschliesslich bei Weibern im Alter von 15—40 Jahren vor, wächst langsam und verursacht bisweilen erst nach jahrelangem Bestehen irgendwelche Symptome, wie Schluck- und Athembeschwerden, Behinderung beim Sprechen und Blutungen. Die Oberfläche der Geschwulst ist glatt, fast niemals ulcerirt. Sie kann allein mit einer Dermoidcyste verwechselt werden, doch ist diese gewöhnlich gelb, wächst schnell und ist nicht so gefässreich, wie die Struma. Operation ist das einzige Mittel zur Entfernung der Geschwulst.

EMIL MAYER.

70) **Axmann** (Erfurt). **Selbstleuchtender Zungenspatel.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 25. 1904.*

Aus dem hohlen, nur vorn durchsichtigen Glasspatel kann — um den Spatel auszukochen — die durch ein kleines Trockenelement gespeiste Glühlampe des Spatels herausgezogen werden. Gewicht mit Element 500 g. Zu beziehen von der Glasfabrik Kirchner, Erfurt-Ilvensgehofen.

ALBANUS (ZARNIKO).

d. Diphtherie und Croup.

71) **Nauwelaers. Werth der klinischen und bakteriologischen Diagnose der Diphtherie bei Anginen. (Valeur du diagnostic clinique et bactériologique la diphtérie dans les angines.)** *Journal de Méd. de Bruxelles. 49. 1904.*

In der Sitzung des Cercle Médical vom 7. October 1904 berichtet N. über zwei Fälle von Vorhandensein des specifischen Diphtheriebacillus ohne das Auftreten klinischer Symptome; in dem einen Fall war der diphtheritische Belag verschwunden, als das positive Resultat der Untersuchung bekannt war; in dem anderen Fall hatte das Kind keine Diphtheritis und war nur einfacher Träger des Löffler'schen Bacillus.

BAYER.

72) **Rubens** (Gelsenkirchen). **Zur Diagnose der Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1904.*

Verf. fand bei der bacteriologischen Untersuchung klinisch als Diphtherie

diagnosticirter Fälle häufig Kokken oder Pseudodiphtheriebacillen. Im Bacteriologischen Institut zu Gelsenkirchen waren in 11 Monaten von 179 Mandelabstrichen 26 positiv, 153 negativ auf Diphtherieuntersuchung ausgefallen. Verf. wendet Serum nur bei echter Diphtherie an.

ALBANUS (ZARNIKO).

73) **Seiler** und **de Stoutz** (Lausanne). **Ist die Diphtherie durch das Wasser übertragbar? (La diphthérie est-elle transmissible par l'eau?)** (Arbeiten aus dem bakteriologischen Gesundheitsamt Lausanne.) *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3 u. 7. Genève 1904.*

Von sehr virulenter Cultur in Fleischbrühe wurde 1 Tropfen unter allen technischen Vorsichtsmaassregeln in 1 Liter sterilisirtes Wasser, 2 Tropfen in 3 Liter gewöhnlichen Wassers unter 18° C. 24 Stunden lang gehalten, dann 1 Tropfen jeden Präparates auf Serum gezüchtet. Beide Präparate ergaben die charakteristischen Culturen vom Klebs-Löffler'schen Bacillus. Neun Tage wird von den gleichen Primärculturen das gleiche Experiment mit dem gleichen positiven Erfolg wiederholt. Aehnliche Versuche, welche mit destillirtem Wasser gemacht werden, zeigen bei 10maliger Wiederholung Zunahme der Colonien, so dass der Bacillus in destillirtem Wasser am besten zu gedeihen scheint.

Verff. schliessen aus diesen als unvollständig erklärten Versuchen nur, dass der Bacillus im Wasser sich 10 Tage lang hält, und dass von hier aus bis zur Annahme, dass er durch das Trinkwasser zu Epidemien Anlass geben könnte, nur ein Schritt zu machen ist.

Durch selbst ganz schwach phenilisirte Fleischbrühe wird die Entwicklung ganz verhindert, was bei gleichzeitigem Aufsuchen von Bacillus coli im Wasser zu berücksichtigen ist.

Es ergiebt sich, dass bei längerem Verweilen im Wasser als 1 Monat der Bacillus wesentlich seine Form verändert, seine kurze Gestalt verlängert und Ketten bildet. Zugleich nimmt seine Virulenz ab, ohne jedoch ganz zu erlöschen. Cultivirt man aber diesen degenerirten Mikroben wieder auf Fleischbrühe, dann auf Gelatine und zuletzt wieder auf Fleischbrühe, so nimmt er die richtige Form und Virulenz wieder an. Letztere wurde am Meerschweinchen geprüft.

Verff. erwähnen eine zwischen ihrem ersten und zweiten Artikel erschienene Arbeit von Konradii in Kolosvar, welche die gleichen Ergebnisse mit den meisten pathogenen Mikroben mittheilen, so dass ihre eigenen Arbeiten als Ergänzung zu letzterer angesehen werden können.

Jedenfalls darf nach Allem behauptet werden, dass der Klebs-Löffler'sche Bacillus sich im Wasser mehr als 4 Monate lang in seiner Form und etwelcher Virulenz erhält.

JONQUIÈRE.

74) **Nauwelaers. Nasendiphtheritis. (Diphthérie nasale.)** *La Clinique. No. 11. 1904.*

3jähr. Kind, seit 3 Wochen blutig-eitriger Ausfluss aus der Nase, Pseudomembranen in der Nasenhöhle mit Löffler'schen Bacillen; Adenitis cervicalis, schlechter Allgemeinzustand. Seruminjection und Bepinselungen der Membran mit Serum. Heilung nach 4 Tagen.

BAYER.

75) **Anna S. Wilner. Primäre Nasendiphtherie; Bericht über drei Fälle. (Primary nasal diphtheria; report of three cases.)** *N. Y. Medical Journal. 5., 12., 19. November 1904.*

Eine sorgfältige, ausführliche Arbeit. Die eigenen Fälle der Verfasserin betreffen Kinder von 10, 5 und 8 Jahren. Alle Patienten mit primärer Nasendiphtherie sollten zunächst isolirt werden. Die Nase soll mit einem milden Antisepticum oder Wasserstoffsuperoxyd-Lösung ausgespült werden, ferner soll Antitoxin injicirt und der Allgemeinzustand berücksichtigt werden. LEFFERTS.

76) **Nauwelaers. Postdiphtheritische Lähmungen. (Paralysie postdiphtéritique.)** *La Clinique. No. 21. 1904.*

N. hat zweimal ein ganz specielles Aussehen falscher Membranen in Fällen von Diphtherie beobachtet, welche von ausgebreiteter Paralyse gefolgt waren. Die Pseudomembranen hatten das Aussehen eines dünnen opalescirenden, über die Schleimhaut des Gaumensegels ausgebreiteten Schleiers, ähnlich einer ihres Inhalts entleerten Phlyctaene. Im ersten Falle breitete sich die anfangs auf das Gaumensegel beschränkte Paralyse auf die untere Extremität aus, und plötzlich auf die obere und den Thorax, gefolgt von Tachycardie und Tod.

Dieses Aussehen des diphtherischen Exsudats scheine eine sehr grosse Virulenz des Bacillus zu verrathen. BAYER.

77) **Klein** (Berlin). **Zur Casuistik der Crouperkrankungen im Kindesalter.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1904.*

6jähriger Knabe, vor 6 Monaten wegen Rachendiphtherie mit Seruminjection behandelt, erkrankte wieder unter Erscheinungen eines Croup (stenotisches Athmen, Bellhusten, hohes Fieber), ohne dass im intensiv gerötheten Pharynx und Larynx — ausser einer weisslichen, vermuthlich schleimigen Auflagerung auf einem Stimmband — Membranen nachweisbar waren. Nach Antitoxininjection von 1500 Einheiten schnelle Genesung ohne Aushusten von Membranen. Nasenrachen frei von solchen. Auffassung der Erscheinungen als Beginn eines neuen diphtherischen Croups. ALBANUS (ZARNIKO).

78) **F. P. Anzinger. Drei neue Fälle von Croup, die auf Staphylokokkeninfection zurückzuführen sind und Tracheotomie erforderten. (Three recent cases of croup due to staphylococcus and requiring tracheotomy.)** *American Journal Med. Sciences. November 1904.*

In den drei bei kleinen Kindern beobachteten Fällen trat zuerst eine Entzündung der Tonsillen auf, die keinen diphtherischen Charakter hatte. Danach stellten sich Erscheinungen seitens des Larynx ein, die so heftig wurden, dass die Tracheotomie vorgenommen werden musste. In zwei Fällen war Diphtherieantitoxin gegeben worden, jedoch mit negativem Resultat. Aus Kehlkopf und Trachea wurden Reinculturen von Staphylokokken gewonnen; die Mikroorganismen erwiesen sich weissen Mäusen gegenüber als virulent. In solchen Fällen, die klinisch von Diphtherie sich nicht unterscheiden, wird bei Mangel einer bakteriologischen Untersuchung Diphtherieserum angewandt, natürlich ohne Erfolg, was dazu beiträgt, das Mittel zu discreditiren. A. LOGAN TURNER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

79) **Trétrop. Demonstration eines erbsengrossen Kehlkopfpolypen. (T. présente un polype du larynx de la grosseur d'un pois.)** *Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Januar 1904.*

In der Antwerpener medicinischen Gesellschaft zeigt T. einen erbsengrossen Kehlkopfpolypen vor, welchen er einem seit Jahren aphonischen Kranken aus der vorderen Larynxcommissur entfernt hatte.

BAYER.

80) **Sir Felix Semon. Weiches Fibrom des Kehlkopfs und Halses, durch äussere Operation ohne Eröffnung des Kehlkopfinnern entfernt. (Soft fibroma of the larynx and neck removed by external operation without opening the cavity of the larynx.)** *British Med. Journal. 7. Januar 1905.*

Patientin, eine verheirathete aus Canada stammende Frau, wurde im März 1898 und Juni 1899 der Londoner laryngologischen Gesellschaft vorgestellt; weitere Mittheilungen über den Fall wurden am 3. Juni 1904 gemacht. Das Interesse, das der Fall bietet, liegt in seiner extremen Seltenheit, dem aussergewöhnlichen klinischen Verlauf und histologischen Befund, sowie in dem höchst ungewöhnlichen bei ihr eingeschlagenen Operationsverfahren. Bis zum Jahre 1888 hatte sich die Patientin guter Gesundheit erfreut, bis auf zeitweiliges Gefühl von „Zusammmenziehung im Hals". Dies scheint allen objectiven Erscheinungen vorausgegangen zu sein. Im Jahre 1888 bemerkte sie zuerst eine Schwellung in der linken Submaxillargegend, die allmählich zunahm, bis sie im Jahre 1898 die Grösse einer Wallnuss erreicht hatte. Sie verursachte zunächst keinerlei Respirations- oder Stimmstörung. Im Frühling und Herbst pflegte die Schwellung zuzunehmen, aber stets zu ihrer vorherigen Grösse zurückzukehren. Da Kurzathmigkeit auftrat und das Gefühl der „Zusammenziehung im Hals" erheblich zunahm, consultirte Pat. Dr. Major in Montreal, der ausser dem äusseren Tumor auch eine Geschwulst im Larynx entdeckte. Es wurde versucht, diesen zu punctiren und mit der Schlinge zu fassen; es kam jedoch keine Flüssigkeit hervor und die Schlinge zerbrach. Pat. wurde nach London geschickt; hier versuchte man in einem Krankenhaus vergebens, den Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge zu entfernen. Nur ein kleines Stück wurde entfernt, das für krebsig angesprochen wurde; Hals und Zunge wurden dabei verbrannt. Nun wurde die Athmung so behindert, dass man zur Tracheotomie schritt. Die Kehlkopfgeschwulst wurde nicht weiter in Angriff genommen und der äussere Tumor nicht genauer untersucht. Im Jahre 1896 wuchs der letztere derart und machte der Patientin solche Beschwerden, dass sie den Arzt wieder aufsuchte, der ihr sagte, es sei Flüssigkeit darin, er rathe aber, nicht weiter daran zu operiren, wenn es nicht absolut nothwendig würde.

Kurz bevor im Jahre 1898 die Patientin zum ersten Male zum Verf. geschickt wurde, war die Schwellung wiederum gewachsen; es hatten stechende Schmerzen im Hals bestanden, die nach beiden Ohren ausstrahlten. Als S. sie zuerst sah, war all dies erheblich gebessert und ihre Stimme war, obwohl sie noch die Canüle trug, auffallend klar und kräftig. Druck auf den äusseren Tumor jedoch rief sofort Husten und Würgen hervor. Er war nicht mit der Haut verwachsen, sondern

beweglich, augenscheinlich jedoch tief unten befestigt. Es bestand keine Schwellung der Drüsen in der Nachbarschaft. Das larynkoskopische Bild wurde ganz beherrscht von einer enormen Schwellung der linken Kehlkopfhälfte, die sich nach vorn fast bis zum freien Rand der Epiglottis und nach hinten zum linken Aryknorpel erstreckte. Die entsprechenden Theile des Kehlkopfes schienen in diesem glatten Tumor, der von anscheinend normaler Schleimhaut bekleidet war, aufgegangen zu sein. Wenig mehr als der freie Rand der Epiglottis war zu sehen und diese war so verdrängt, dass sie nach rechts hinübersah. Der Tumor begriff das linke Taschenband, die ary-epiglottische Falte und Aryknorpelgegend in sich. Die Stimmbänder konnten nicht gesehen werden; nach dem Zustand der Stimme jedoch musste das linke als intact betrachtet werden. Verf. giebt ein Resumé über die verschiedenen bezüglich des Falles gelegentlich der Discussion in der Londoner laryngoskopischen Gesellschaft geäusserten Ansichten. Die Beschreibung eines ähnlichen Falles gab im Jahre 1900 v. Bruns im Bergmann-Mikulicz'schen Handbuch der praktischen Chirurgie (pag. 104). Da dieser Fall glücklich operirt wurde, so rieth Verf. der Patientin gleichfalls zur Operation. Dieselbe wurde jedoch verweigert. Im Mai 1904 kehrte die Patientin zurück; es hatte sich jetzt Conjunctivitis und starke Salivation eingestellt. Der Kehlkopftumor war stark gewachsen und die Epiglottis war völlig in ihm aufgegangen. Jetzt willigte die Patientin in die Operation. Verf. ging nach demselben Plan vor, den v. Bruns befolgt hatte; er schnitt über dem äusseren Tumor ein, schälte ihn aus und fand, dass er an einem dünnen Stiel festsass. Der Tumor ging oberhalb des Schildknorpels und unter dem Zungenbein in das Larynxinnere hinein. Der innere Tumor wurde mit dem Finger ausgeschält und völlig entfernt. Die Schleimhaut, die nun eine grosse Höhle bildete und bei der die Gefahr bestand, dass sie bei der Inspiration angesogen werden konnte, wurde an das umgebende Gewebe angenäht, die Trachealcanüle entfernt und die Trachealfistel geschlossen. Die Patientin machte eine schnelle Genesung durch. Die Epiglottis bekam ihre normale Form wieder, nur blieb sie leicht verdickt. Die rechte Kehlkopfhälfte ist völlig normal, das linke Stimmband ist noch durch das verdickte Taschenband verdeckt und kommt nur bei der Phonation zum Vorschein, die linke aryepiglottische Falte ist noch etwas verbreitert, wahrscheinlich infolge des starken und langdauernden Druckes, dem sie unterworfen gewesen sind.

Der Tumor ist von Shattock untersucht worden; er erwies sich mikroskopisch als ein weiches Fibrom. „Obwohl kein beweisendes Zeichen für ein Neurofibrom spricht, so ist doch wahrscheinlich, dass der Tumor dem Verlauf des einen Astes des N. laryngeus superior und der Art. laryngea superior gefolgt ist". Die klinische Geschichte lässt es zweifelhaft, ob der Tumor ursprünglich sich intra- oder extralaryngeal entwickelt hat.

JAMES DONELAN.

81) **Derenberg** (Hamburg). **Demonstration eines Falles von multiplen Papillomen des Larynx.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. Vereinsbeilage. 1904.*

Einem 27jährigen Patienten, der tonlos und mit Luftmangel in die Sprechstunde kam, wurden endolaryngeal eine Menge papillomatöser Wucherungen ent-

fernt; trotz des Eingriffes zunächst nur kleiner Respirationsspalt erzielt; Stimmbänder völlig, Taschenbänder fast vernichtet. Leiden seit 17 Jahren, häufige Operationen, vor 15 Jahren Thyreotomie. ALBANUS (ZARNIKO).

82) **Theodore J. Elterich. Kehlkopfpapillome bei einem Kind. (Papillomata of the larynx in an infant.)** *Archivs of Pediatrics. November 1904.*

Es handelt sich um einen 2jährigen Knaben, der seit dem 7. Monat seines Lebens an Anfällen von Athemnoth und Heiserkeit leidet. Während einer 6monatlichen Beobachtungsdauer konnte die Einwilligung zur Tracheotomie nicht erlangt werden; als diese endlich erfolgte, starb das Kind an Asphyxie, bevor die Operation vorgenommen werden konnte. Bei der Autopsie zeigte sich das Kehlkopflumen fast ganz durch Papillommassen verschlossen. Die Stimmbänder waren obliterirt. EMIL MAYER.

83) **J. U. Johanni** (Basel). **Ueber einen Amyloidtumor des Kehlkopfs und der Trachea.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 331.*

Bericht über die klinische Geschichte und die genaue histologische Untersuchung des Falles. Die im unteren Theil des Kehlkopfes etablirte, die Gegend des Cricoidknorpels und ferner den obersten Theil der Trachea plateauartig einnehmende Amyloidgeschwulst verursachte bei der 66jährigen Patientin lebensgefährliche Stenoseerscheinungen und dürfte den Tod, für den noch andere Ursachen vorlagen, wohl mit verschuldet haben. F. KLEMPERER.

84) **Logucki. Ein Fall von Chondroma laryngis. (Przypadek chrzestniaka krtani.)** *Med. 39. 1904.*

Ein 50jähriger Mann beklagte sich über ziemlich bedeutende und seit einigen Jahren progressiv sich entwickelnde Athembeschwerden. Laryngoskopisch wurde das Vorhandensein einer ziemlich grossen Geschwulst unter dem rechten Stimmbande constatirt, welche das Larynxlumen verlegte und beinahe bis zum linken Stimmbande sich erstreckte. Freies Lumen bestand nur am vorderen Winkel. Die Geschwulst war oval, glatt, blass, bedeckt mit normaler Schleimhaut und bei Sondirung zeigte sie ungewöhnliche Härte. A. SOKOLOWSKI.

85) **Swiatecki. Ein Fall von einer Geschwulst in der linken Fossa glossoepiglottica. (Przypadek guza jewego dotka sezyka nagtosniowejo.)** *Med. 39. 1904.*

Bei einem 30jährigen Manne, welcher seit einem $1/2$ Jahre an Druckempfindung im Halse litt, fand Verf. in obiger Region eine erbsengrosse Geschwulst, welche unmittelbar unter der Schleimhaut lag und von rothgelber Farbe war. Ihre Consistenz war ziemlich hart. Verf. meint, dass es sich um ein Chondrom handelte, welches seinen Ursprung aus der Cartilago thyreoid. oder Os hyoides herleitete. A. SOKOLOWSKI.

86) **W. F. Chappell. Völlige Entfernung des linken Stimmbandes wegen maligner Erkrankung. (Complete removal of the left vocal cord for malignant diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 1. August 1903.*

Vortrag, gehalten vor der American Laryngological Association, Washington Mai 1903. Es sind ungefähr 17 Monate ohne Recidiv vergangen. LEFFERTS

87) **Hans Koschier** (Wien). **Zur operativen Behandlung des Larynxcarcinoms.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 18 u. 19. 1904.*

Nach kurzer Besprechung der Technik der Larynxexstirpation, sowie einer Erörterung der Todesursachen nach dieser Operation, wobei eine mangelhafte Wundversorgung besonders zu nennen ist, empfiehlt K. seine Methode der Tamponade, deren Resultate günstige sind. Nach erfolgter Exstirpation und exacter Blutstillung wird ein aus zwei Lagen bestehender Jodoformgazetampon unter Leitung des Fingers in die Wundhöhle sorgfältigst eingelegt, wobei namentlich die gegen den Rachen und gegen die Trachea gelegene Partie der Wundhöhle fest ausgefüllt wird. Nunmehr wird in diesen nach Art des Mikulicz'schen Tampons gestalteten Sack ein schmaler Streifen in der Art eingeführt, dass zuerst der untere Theil der Wundhöhle und dann der übrige Raum exact ausgefüllt wird. Die ersten beiden Tage soll der Patient per rectum genährt werden, dann kann er über den Tampon schlucken. Nach ca. einer Woche soll die Ernährung mittelst Schlundsonde erfolgen. Am 9. oder 10. Tage wird der Tampon entfernt und abermals ein solcher Tampon eingelegt, der dann jeden 4. bis 5. Tag gewechselt wird. Diese Methode eignet sich nicht nur für halbseitige, sondern auch für totale Exstirpationen. Bei Carcinom hält K. die Radicaloperation für einzig berechtigt.

CHIARI.

88) **M. B. Carson. Ein Fall von totaler Exstirpation des Kehlkopfs. (A case of complete exstirpation of the larynx.)** *Interstate Medical Journal. April 1904.*

Bericht über einen vor einem Monat wegen bösartiger Erkrankung operirten Fall.

EMIL MAYER.

89) **Chevalier Jackson. Primäre bösartige Kehlkopfgeschwulst. (Primary malignant disease of the larynx.)** *The Laryngoscope. August 1904.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass die Thyreotomie die Operation par excellence ist, wenn folgende Bedingungen zutreffen: Beschränkung des Tumors auf das Larynxinnere, begrenzte Ausdehnung, kein Befallensein des Schildknorpels, keine Betheiligung der Drüsen. Die Operation kann auch als exploratorische gemacht werden, wenn die Bösartigkeit nur vermuthet wird. Partielle Kehlkopfexstirpation wird gemacht, wenn bei der Thyreotomie sich eine — noch in den Grenzen des Ausrottbaren liegende — grössere Ausdehnung der Erkrankung herausstellt. Die Totalexstirpation mit, falls nöthig, Entfernung der inficirten Drüsen, ist nöthig, wenn der Patient selbst die Vornahme der Operation wünscht, wenn die Erkrankung ihrem Ausgang oder ihrer Ausdehnung nach derart ist, dass nicht genügend im Gesunden operirt werden kann. Diese Operation hat, wenn die moderne Technik angewandt wird, eventuell Prothesen gebraucht werden, nicht so schlechte Aussichten, wie dies früher der Fall war.

EMIL MAYER.

90) **D. Bryson Delavan. Maligne Kehlkopferkrankung. (Malignant disease of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 17. September 1904.*

Verf. berücksichtigt bei seiner Besprechung auch die Behandlungsarten, die den neuesten Modeströmungen, wie Antitoxin, flüssige Luft, Ligatur der Carotis, Röntgenstrahlen, Radium, ultraviolette Strahlen und hochfrequente Ströme etc.,

entsprechen, und kommt zu dem Ergebniss, dass nur von der frühzeitigen Radicaloperation Erfolge zu erhoffen sind.

LEFFERTS.

91) **Sir Felix Semon. Vortrag über Kehlkopfkrebs. (An adress on cancer of the larynx.)** (Gehalten vor der Laryngologischen Section der New York Academy of Medicine, 20. November 1904.) *Lancet. 5. November 1904.*

Verf. erinnert an die grossen Fortschritte, die seit dem Jahre 1887 in der Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses gemacht worden sind, an das abfällige Urtheil, das in jenem Jahr Paul von Bruns über die Thyreotomie gefällt hatte, an des verstorbenen Lennox Browne unselige Doctrin, dass gutartige Kehlkopfgeschwülste nach intralaryngealen Eingriffen eine besondere Tendenz zeigen, bösartig zu werden und an das Ergebniss von Semon's Sammelforschung über diesen Punkt. Im Jahre 1889 bewies Butlin, dass viele Fälle von Carcinom des Kehlkopfinnern durch Thyreotomie geheilt werden können. Die mittels dieser Methode in England erfolgreich behandelten Fälle haben niemals auf dem Continent und in Amerikahinreichende Würdigung gefunden. Verf. spricht dann ausführlich von John Mackenzie's Aufsatz aus dem Jahre 1900, in welchem dieser 1. die Diagnose des Larynxcarcinoms mit blossem Auge fordert, 2. die Entfernung eines Stückchens zur mikroskopischen Untersuchung scharf verurtheilt, 3. desgleichen die Thyreotomie verwirft und 4. zur Entfernung des ganzen Larynx nebst den Drüsen räth. Im Jahre 1902 entwickelte Mackenzie ähnliche Gesichtspunkte. Semon unterwirft diese vier Punkte einer scharfen Kritik:

1. Die Diagnose mit blossem Auge ist natürlich werthvoll, aber nicht bindend; man sollte sich niemals ausschliesslich auf sie verlassen. Auch die erfahrensten Beobachter haben Irrthümer gemacht.

2. Mackenzie's Behauptung, dass durch Entfernung eines Stückchens von der Geschwulst die Gefahr einer Autoinfection und Metastasenbildung besteht, ist irrthümlich. Es ist nicht ein einziger Fall von localer Autoinfection infolge eines intralaryngealen Eingriffs berichtet worden. Es existiren nur drei authentische Fälle von localer Autoinfection unabhängig von chirurgischem Eingriff. Die Behauptung einer „Gefahr von Metastasenbildung“ schwebt in der Luft und wird durch keinerlei Thatsachen gestützt (vergl. Centralbl. V. S. 318, 319).

3. Verf. erwidert ausführlich auf die Mackenzie'sche Behauptung, dass der ganze Larynx nebst den zugehörigen Lymphdrüsen entfernt werden solle in jedem Falle von Kehlkopfkrebs. Carcinom des Larynxinnern bleibt viel länger eine rein locale Erkrankung und eignet sich daher mehr für eine weniger eingreifende Behandlung, als Carcinom, das über das Larynxinnere hinausgeht — und zwar aus dem einfachen Grunde, weil die Lymphgefässe der Gegend, die bei dem Krebs des Kehlkopfinnern in Betracht kommen, mehr unter einander ein Netzwerk bilden und weniger mit denen der Nachbarschaft anastomosiren, als dies bei den die oberen und äusseren Theile des Larynx versorgenden Lymphgefässen der Fall ist. Jeder Fall muss nach seinen besonderen Verhältnissen beurtheilt werden. Wenn ein bösartiger Tumor an der Kehlkopfhinterwand sitzt, wenn die Drüsen zu beiden Seiten des Halses bereits geschwollen sind, wenn das Carcinom, das vielleicht im Kehlkopfinnern seinen Ursprung genommen hat, bereits die Grenzen der Innenregion überschritten, beide

Seiten des Kehlkopfs ergriffen und zu beiderseitiger Cervicaldrüseninfection geführt hat, so besteht natürlich die einzige Chance, das Leben des Patienten zu erhalten, in der Totalexstirpation des Larynx mit Entfernung der afficirten und benachbarten Drüsen. Beschränkt sich jedoch das Carcinom zur Zeit, wenn es entdeckt wird, auf die Innenregion, ist es im Umfang begrenzt und hat die Gerüstsubstanz des Kehlkopfs und die benachbarten Lymphdrüsen noch nicht inficirt, dann ist es, wie uns die Erfahrung lehrt, in einer grossen Zahl von Fällen möglich, den Patienten zu retten, ohne dass man zu der äussersten Maassnahme der Totalexstirpation seine Zuflucht nehmen muss. — Semon stimmt mit Mackenzie darin überein, dass eine intralaryngeale Entfernung des Carcinom nicht versucht werden soll.

4. Mackenzie's Behauptung, dass die Thyreotomie in der Chirurgie des Kehlkopfkrebses keinen Platz finden dürfe, wird scharf kritisirt. Semon berichtet über 20 von ihm selbst publicirte Fälle von Thyreotomie mit 19 Genesungen, 17 dauerndenHeilungen, 2 zweifelhaften Recidiven und einem Todesfall. Es soll unter Chloroform-, nicht Aethernarkose operirt werden. Die halbseitige Exstirpation wird in Zukunft weniger häufig ausgeführt werden, da der Kehlkopfkrebs jetzt früher als ehemals diagnosticirt wird.

Der Vortrag schliesst mit folgenden Zusammenfassungen:

1. Es ist von höchster Wichtigkeit, dass die Diagnose des Kehlkopfkrebses im denkbar frühesten Augenblick gestellt werde. Dazu ist es höchst wesentlich, dass die noch vorherrschende Vorstellung, der Kehlkopfkrebs sei von Anfang an von schweren constitutionellen Symptomen begleitet, völlig ausgerottet werde und dass die praktischen Aerzte immer wieder auf die Thatsache aufmerksam gemacht werden, dass es keine aussichtsvolleren Fälle für eine radikale Operation giebt, als solche, in denen die Krankheit sich Anfangs nur in hartnäckiger Heiserkeit ohne anscheinende Ursache bei Personen im mittleren oder vorgeschrittenen Lebensalter zeigt.

2. Die klinische Diagnose auf Grund der Anamnese und subjectiven Symptome, sowie der laryngoskopischen Untersuchung und begleitender Umstände, wie Lebensalter etc. macht es uns in vielen Fällen möglich, schon in einem frühen Stadium die Krankheit zu erkennen; sie ist aber keineswegs vollkommen und Irrthümer passiren hier auch dem Geübtesten.

3. Unter diesen Umständen muss die klinische Diagnose, wenn irgend möglich, vor der Radikaloperation durch intralaryngeale Entfernung und mikroskopische Untersuchung eines oder mehrerer Fragmente der Neubildung bestätigt werden. Dies soll jedoch nur dann gethan werden, wenn der Patient vorher seine Zustimmung dazu gegeben hat, dass, wofern das Mikroskop die Diagnose bestätigt, sofort die Radikaloperation unternommen werden darf. Auch das Mikroskop ist in diesen Fällen keineswegs unfehlbar. Erhält man ein negatives oder zweifelhaftes Resultat, so soll entweder die intralaryngeale Entfernung und mikroskopische Untersuchung, wenn nöthig, mehrere Male wiederholt oder, wenn die klinischen Symptome keinen Aufschub erlauben, die exploratorische Thyreotomie gemacht werden.

4. Die intralaryngeale Methode ist ihrer ganzen Natur nach für die radikale Entfernung maligner Kehlkopftumoren ungeeignet.



5. Ob die Pharyngotomia subhyoidea, abgesehen davon, dass sie nur bei einer kleinen Zahl von Fällen anwendbar ist, in solchen Fällen rathsam ist, erscheint noch zweifelhaft.

6. Die Thyreotomie ist, wenn sie in geeigneten Fällen, frühzeitig genug und nach den modernen Grundsätzen, die sich als erfolgreich erwiesen haben, vorgenommen wird, bei Carcinom des Kehlkopfinnern eine wahrhaft ideale Operation.

7. Die halbseitige Exstirpation kommt in Frage, wenn sich nach Eröffnung des Larynx herausstellt, dass eine einfache Thyreotomie nicht mehr genügt; man mag an sie die Entfernung der regionären Lymphdrüsen schliessen, auch wenn sie scheinbar nicht erkrankt sind.

8. Totale Exstirpation soll ausschliesslich für die Fälle vorbehalten bleiben, in denen das Carcinom über das Kehlkopfinnere hinausgeht, oder für solche Fälle von Carcinom des Kehlkopfinnern, in denen beide Seiten afficirt sind und in denen die Krankheit zu weit vorgeschritten ist, als dass sie durch mildere Maassnahmen beseitigt werden könnte. Sie soll stets von Exstirpation der Lymphdrüsen auf beiden Seiten des Halses begleitet sein. ADOLPH BRONNER.

92) **J. Cisneros. Die Thyreotomie beim Kehlkopfkrebs.** Antwort an Dr. Semon (London)*).

In einem vor der 71. Jahresversammlung der British Medical Association gehaltenen Vortrag über die operative Behandlung bösartiger Kehlkopfgeschwülste erwähnte Semon die von Dr. Botella auf dem Madrider internationalen Congress vorgebrachte Statistik über die in der Klinik des Prof. Cisneros wegen Larynxcarcinom vorgenommenen Thyreotomien. Diese Statistik hatte das beklagenswerthe Resultat ergeben, dass von 8 operirten Fällen bei 6 ein Recidiv auftrat, während von 2 nach einer recidivfreien Zeit von einem Jahre weitere Nachrichten ausgeblieben waren. Semon erwähnte diese Statistik als Beweis dafür, wie die Operation, die in den Händen britischer Operateure so vorzügliche Resultate gegeben, discreditirt werden könne, wenn die für Indicationsstellung und Technik nöthigen Vorbedingungen nicht erfüllt werden. Er hatte anlässlich einer Controverse mit den Herren Le Bec und Real (Annales des maladies de l'oreille etc., October 1903, Januar, März 1904), in der sich diese zu der unglaublichen Behauptung verstiegen, „die Thyreotomie sei nur eine Palliativoperation", nochmals Gelegenheit, auf die Cisneros'schen Thyreotomien zurückzukommen und ihren Werth als Argument gegen die von ihm bevorzugte Operationsmethode energisch zu bestreiten.

In vorliegender Arbeit sucht Verf. Semon gegenüber zu beweisen, dass er sowohl in der Indicationsstellung wie in der Art des Operirens allen von Semon selbst aufgestellten Bedingungen gerecht geworden sei und dass daher die von ihm erzielten schlechten Ergebnisse dem Operationsverfahren als solchem zur Last falle.

Wir führen die Indicationen für die verschiedenen bei bösartigen Kehlkopf-

*) Das Referat ist nach einer Uebersetzung angefertigt, die Dr. Botey von dem spanischen Original für die Redaction des Centralblatts anzufertigen die Güte hatte.

tumoren in Frage kommenden chirurgischen Methoden, von denen Cisneros sich bei der Wahl seines Verfahrens leiten lässt, mit seinen eigenen Worten an:

1. Gestielte Tumoren, welche am Rande eines Stimmbandes sitzen und welche die Bewegungen desselben nicht hindern oder wenigstens nicht vollständig lähmen: Endolaryngeale Behandlung.

2. Geschwülste, die dem ganzen Stimmband oder dem grossen Theil desselben aufsitzen mit vollständiger Lähmung desselben: Thyreotomie.

3. Geschwülste, welche in grösserer oder geringerer Ausdehmung auf eine Hälfte des Kehlkopfs sich erstrecken: Partielle Exstirpation des Kehlkopfs; Hemilaryngectomie.

4. Tumoren der Epiglottis oder des Vestibulum laryngis: Pharygotomia infrahyoidea oder besser noch die Vallas'sche Operation.

5. Tumoren, welche beide Seiten des Kehlkopfs einnehmen: Totale Laryngectomie.

6. Geschwülste, welche eine Infection der Lymphdrüsen bedingt haben. Was für eine Ausdehnung auch der Tumor haben möge: Palliative Behandlung.

Ein Blick auf das diesem vorhergehende Referat (No. 91), in dem eine Zusammenfassung der von Semon im Jahre 1904 vor der Academy of Medicine in New-York vorgetragenen Anschauungen über die Behandlung der Larynxcarcinome gegeben ist, wird sofort die Differenz aufweisen, die zwischen ihm und dem spanischen Chirurgen bezüglich der Indicationsstellung obwaltet. Gerade in den sub 1 von Cisneros angeführten Fällen würde Semon die Thyreotomie machen, während von den Fällen der zweiten Cisneros'schen Categorie, „wo das ganze Stimmband oder der grösste Theil desselben von der Geschwulst eingenommen ist und vollständige Unbeweglichkeit des Stimmbandes besteht", gewiss manche nicht der von Semon immer wieder für den Erfolg der Thyreotomie als unbedingt erforderlich betonten Bedingung entsprechen, dass nämlich die Diagnose der Erkrankung im Frühstadium gestellt sein muss und dass die Erkrankung nicht zu ausgedehnt und zu tiefgehend sein darf.

In Bezug auf die Technik hält sich C. gleichfalls nicht an die von Semon seit lange für dieselbe aufgestellten Regeln, obwohl er dies behauptet. Aus seiner Beschreibung geht klar hervor, dass er nicht mit Semon nach der Kehlkopfspaltung die Tamponade des Larynx weglässt und die Tracheotomiecanüle sofort entfernt, ein Verfahren, von dem noch kürzlich ein in Beziehung auf diese Dinge so erfahrener Chirurg, wie Gluck, gesagt hat, dass er damit „tadellose functionelle Dauerresultate" zu erzielen vermochte (Centralblatt XX, S. 115), wie er denn an derselben Stelle sein vielleicht auch in den Augen von Prof. Cisneros nicht incompetentes Urtheil über den Werth der Thyreotomie in die Worte zusammenfasst: „Die Laryngofissur bildet für diese Fälle (nämlich die Frühstadien des Carcinoms) nicht nur eine palliative, sondern eine segensreiche radicale und dabei conservative Methode."

FINDER.

93) **Cahn** (Strassburg). **Papillom der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 22. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortrag über einen Fall.

ALBANUS (ZARNIKO).



94) **S. Rosenheim** und **M. Warfield. Ein Fall von Fibro-Adenom der Trachea. (A case of fibro-adenoma of the trachea.)** *American Journal Med. Sciences. Juni 1904.*

Die 25jährige Patientin klagte seit 9 Monaten über ein Gefühl von Luftbeengung. Der Kehlkopf war normal, Drüsen waren nicht vorhanden. Dagegen fand man dicht unter dem Larynx, der hinteren Trachealwand aufsitzend, eine kleine, fast halbkuglige mit rother Schleimhaut überzogene Geschwulst von der Grösse einer Murmel. Dieselbe wurde mittels Oeffnung der Trachea entfernt und erwies sich mikroskopisch als ein Adenom.

A. LOGAN TURNER.

95) **David Bovaird. Verschluss der Trachea durch eine Geschwulst bei einem 3 Jahre alten Knaben. (Tracheal obstruction from a tumor in a 3 year old boy.)** *Archivs of Pediatrics. October 1904.*

Aus der Anamnese ergab sich, dass allmälich stärker werdende Behinderung beim Athmen vorlag. Unter Aethernarkose wurde eine Untersuchung vorgenommen; die Intubation gelang nicht wegen Unwegsamkeit der Trachea. Es wurde schleunigst tracheotomirt, doch das Kind starb auf dem Operationstisch. Autopsie: Grade unterhalb des Larynx befindet sich ein grosser lappiger Tumor, der zwischen Trachea und Oesophagus liegend, mit beiden verbunden ist. Bei der Eröffnung des Oesophagus von hinten findet man, dsss die Hinterfläche des Tumors von der vorderen Wand des Oesophagus, der an dieser Stelle stark erweitert ist, bedeckt wird. Der Tumor besteht aus Fett- und Bindegewebe mit einigen quergestreiften Muskelfasern.

EMIL MAYER.

96) **v. Sokolowski. Ein Fall von Tumor der Trachea. (Przypadek guza tchawicy.** *Med. 38. 1904.*

Bei einem 32jähr. Manne, welcher seit 8 Monaten an Husten und progressiv zunehmender Athemnoth litt, wurde laryngoskopisch unterhalb des linken Stimmbandes eine geschwulstartige Verdickung gefunden, welche bedeutend das Lumen verengte. Das linke Stimmband war ebenfalls verdickt. Da der allgemeine Zustand des Kranken günstig war und keine nachweisbaren Veränderungen in den Lungen vorhanden waren, so vermuthete Verf., dass es sich im obigen Falle um Sclerom des Larynx handelte.

A. v. SOKOLOWSKI.

97) **J. Daland** und **Joseph Mc. Farland. Primärer bösartiger endotrachealer Tumor; vorläufiger Bericht. (Primary malignant endotracheal tumor; preliminary report.)** *Journal of the American Medical Association. 3. September 1904.*

Die Arbeit berücksichtigt besonders die Pathologie der Geschwulst.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

98) **Ouspensky** (Genf). **Wirkung des Cocains auf den Erfolg der Transplantationen von Schilddrüse. (Influence de la Cocaine sur la reprise des greffes thyreoidiennes.)** *Dissertation. Genf 1904.*

Zuerst führt Verf. die Wirkung des Cocains auf die Keimung und alko-

holische Gährung, auf die Contractilität des Protoplasma, auf die Structur und Widerstandsfähigkeit gewisser Zellen an. Schwache Lösungen hemmen die Gährung vorübergehend. Die Keimung wird vorübergehend durch Cocain nicht beeinflusst.

Die Contractilität des Plasma (Epithelflimmern, amöboide Bewegungen, Spermatozoenwimmeln) wird durch schwache Lösungen erregt, durch starke vorübergehend gelähmt. Die Infusorien des Chlorophylls werden getödtet. Die Leukocyten vermindern sich vorübergehend, die rothen Blutkörperchen werden in Form und Farbe entstellt.

Die Injection des Cocains in die Stelle der darauffolgenden Transplantation vermindert die Vitalität des Schilddrüsenpfropfs. Merkwürdiger Weise gedeiht derselbe jedoch in 2 proc. Cocainlösung; dasselbe Ergebniss, wenn die Schilddrüse selbst mit Cocainlösung behandelt wird.

JONQUIÈRE.

99) **J. H. Fergusson. Versprengtes Schilddrüsengewebe und seine Beziehungen zu Intratrachealtumoren. (Aberrant thyreoid tissue and its relation to intratracheal growths.)** *N. Y. Medical Journal. 13. August 1904.*

F. berichtet über einen Fall von versprengter Struma. Solche versprengten Schilddrüsenmassen finden sich häufiger oberhalb als unterhalb des Schildknorpels. Sie sind häufiger, als gewöhnlich angenommen wird. Gruber fand sie bei 300 Sectionen 23 mal. Im Fall des Verf. lag der Tumor an der rechten Seite der Trachea, erstreckte sich um dieselbe herum bis zu ihrer Mitte. Es fanden sich einige isolirte fusiforme Massen in der Hinterwand, nahe den Enden der Knorpelringe. Ein starkes Band von Muskelgewebe umgab den Schildrüsentumor und viele Muskelfasern endeten innerhalb desselben.

LEFFERTS.

100) **Henry G. Webster. Einige Beobachtungen über Erkrankungen der Schilddrüse mit einer Analyse von 28 Fällen. (Some observations on diseases of the thyreoid, with an analysis of 28 cases.)** *Brooklyn Medical Journal. April 1904.*

Der Aufsatz ist vornehmlich von chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

101) **Wm. Austin Tones. Cystenkropf bei einem 24jährigen Weibe. (Cystic goitre in a woman, 24 years of age.)** *Brooklyn Medical Journal. December 1904.*

Der Cystenkropf betraf den rechten Lappen. Derselbe wurde ganz entfernt. Nach 2 Monaten war der Puls von 120 auf 78 zurückgegangen und die Dyspnoe verschwunden.

EMIL MAYER.

102) **A. S. Ashmead. Kropf in Pennsylvanien. (Goiter in Pennsylvania.)** *N. Y. Medical News. 24. December 1904.*

Verf. hat in Nordpennsylvanien Kropf und Cretinismus beobachtet; er fasst dies als Degenerationssymptom infolge Inzucht auf.

LEFFERTS.

103) **Peiper** (Greifswald). **Demonstration von Strumakranken.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 21. Vereinsbeilage. 1904.*

Im Gegensatz zu der Anschauung, dass Kropf an den niederen Meeresküsten nicht vorkomme, demonstrirt Vortragender 3 Fälle von Kropf — Patienten im

Alter von 5, 11 und 16 Jahren —, die in der Greifswalder Gegend geboren sind und dort leben. ALBANUS (ZARNIKO).

g. Oesophagus.

104) **Morel. Ueber die Anwendung der Magensonde bei den Irrsinnigen. (De l'emploi de la sonde oesophagienne chez les aliénés.)** *Dissertation. Neuchâtel 1903.*

Diese Arbeit für Psychiater wird hier angeführt, weil es einem Laryngologen, wie es Referenten geschah, begegnen kann, bei einem Melancholiker zu schwieriger Sondirung zu Hülfe gezogen zu werden.

Wahl der Sonde: Nur weiche, aber dickwandige Kautschukschläuche von ca. 11 mm Durchmesser. Einführung womöglich stets durch die Nase. Der Arzt kann, einmal durch die Nase gelangt, seine Hand durch den Gang der Sonde leiten lassen und braucht nicht besondere Richtungen aufzusuchen. Er benutze die reflectorischen Schluckbewegungen zum Weitergleiten. Das Gesicht des Kranken muss dabei stets beobachtet werden: Schimpft und schreit er, darf man ruhig weiter gehen. Strengste Regel ist, nach erfolgter Einführung zu prüfen, ob das Rohr wirklich im Magen sei, bevor man Speise eingiesst. Denn manche Geisteskranke sind auch gegen falsche Einführung unempfindlich. Die beste Controle bietet die Auscultation der Magengegend, während ein Gehülfe von oben Luft einbläst. Bei eintretendem Erbrechen muss die Sonde sofort zurückgezogen werden. Die Nahrung sei stets eine flüssige und namentlich anfänglich nicht reichlich auf einmal. Sie genügt auf lange Zeit. JONQUIÈRE.

105) **Wyler** (Endingen). **Ein Fall von congenitaler Atresie des Oesophagus und Duodenum.** *Dissertation. Zürich 1904.*

Viertes Kind (Knabe) einer ziemlich gesunden Frau; zwei Kinder lebend. Der Knabe war unvollständig entwickelt; 2380 g schwer, 26 cm lang etc. Die gut gesogene Milch kamm immer sogleich durch die Nase zurück und der Knabe wurde dabei cyanotisch. Er war dazwischen ruhig, Herzaction und Athmung ziemlich normal; Abgang von Meconium reichlich. Es wurden Nährklystiere versucht, aber nicht behalten. Die Sondirung der Speiseröhre führte 12 cm tief auf eine Atresie. Am 10. Tage starb der Knabe. Die Autopsie ergab einen grossen Magen mit braunschwarzem Schleim prall gefüllt. Von der Cardia aus gelangt man in den stark erweiterten unteren Theil des Oesophagus, dessen blindes Ende den oberen Theil der Speiseröhre bei weitem nicht erreicht. Ganz analog verhält es sich mit dem stark erweiterten, blind endenden Stück des Duodenums. Der übrige Darm ist dünn und atrophisch, enthält ziemlich viel Meconium u. s. w.

JONQUIÈRE.

106) **Péhu. Ein Fall von Broncho-Oesophagusfistel bei Adenitis mediastinalis nach tuberculöser Pericarditis. (Sur un cas de fistule broncho-oesophagienne dans une adénopathie consécutive à une péricardite tuberculeuse.)** *Lyon médical. 14. August 1904.*

Die Symptome liessen an eine Neubildung des Oesophagus denken. Die Section ergab den im Titel angegebenen Befund. PAUL RAUGÉ.

107) **Dufour. Luft-Speiseröhrenfistel. (Fistule tracheo-oesophagienne.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 49. 1904.*

38jährige Frau. Oppression und Gefühl von Verschlucken aller Ingesta und bald darauf regelmässiges Auswerfen alles Verschluckten. Schmerzen in der Gegend des Manubrium. Rasselgeräusche an der linken Lungenbasis und der linken Subclaviculargegend. Paralyse des linken Recurrens. Tod an doppelter Bronchopneumonie. Die Autopsie ergiebt eine ausgebreitete Ulceration der hinteren Trachealwand unterhalb des Ringknorpels mit einer Fistel in ihrem Centrum; keine Lungentuberculose, wahrscheinlich syphilitischer Natur.

BAYER.

108) **Kramer** (Glogau). **Die Behandlung grosser spitzer Fremdkörper im Halstheil der Speiseröhre.** *Centralbl. f. Chirurgie. 50. 1904.*

Wo man das Oesophagoskop nicht zur Hand hat, soll die blutige Freilegung des Oesophagus am Halse und Lösung der Verhakung des Fremdkörpers vom Halse und von der Wunde aus ohne Eröffnung des Oesophagus erfolgen.

SEIFERT.

109) **Schmilinsky** (Hamburg). **Zwei Fälle von pharyngo-oesophagealem Pulsationsdivertikel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. Vereinsbeilage. 1904.*

1. 77jährige Frau, seit 3 Jahren mit öfterer Einführung einer Divertikelsonde in den Oesophagus behandelt. Beschwerden dadurch verschwunden, Divertikel 3 cm lang, 15 ccm Inhalt. Gegen früher keine Veränderung. Mit dem Oesophagoskop kann man den Zugang zum Oesophagus nicht sehen, man gelangt nur per Sonde hinein. 4. 54jähriger Landmann, seit 7 Jahren Schluckbeschwerden. Bei der ösophagoskopischen Untersuchung kommt man in ein Divertikel — Introitus bei 18 cm, Grund bei 24 cm, Inhalt 90 ccm —, welches Patient sich mit etwas verschlucktem Wasser ausspült, das er durch Würgbewegungen mit den Speiseresten und Schleim entleert. Beim Essen Schluckbeschwerden.

ALBANUS (ZARNIKO).

110) **H. A. Bornstein. Oesophagusdivertikel; Bestätigung der Diagnose durch X-Strahlen. (Oesophageal diverticulum; diagnosis confirmed by X ray examination.)** *N. Y. Medical Journal. October 1904.*

Verf. führte einen weichen Gummi-Katheter, der mit Schrot gefüllt war, in den Oesophagus. Bei der Durchleuchtung sah man den Katheter in Form eines U nach oben gebogen und so den Sack ausfüllend.

LEFFERTS.

111) **Bickel** (Hamburg). **Ein Divertikel des Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 38. Vereinsbeilage. 1904.*

Vorstellung eines 54jährigen Mannes, der durch operativen Eingriff von seinem Leiden geheilt wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

III. Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. December 1904.

P. Heymann stellt einen Patienten mit gabelförmigen Plicae pharyngo-epiglotticae vor und zeigt einen aus einer syphilitischen Nase stammenden grossen Sequester, der aus dem vorderen Theile der Keilbeinhöhle, einem Theile des Vomer und einer Alveole besteht.

E. Meyer zeigt das Präparat eines kleinapfelgrossen Fibrosarkomes der Epiglottis; der an derselben Stelle befindlich gewesene Tumor, der vor einem Jahre per vias naturales entfernt worden war, erwies sich mikroskopisch als ein Fibrom.

Börger demonstrirt das Präparat eines syphilitischen Larynx und Pharynx. Am Zungengrunde finden sich strahlige Narben, vor dem rechten Gaumenbogen zieht ein Narbenstrang zum Zungengrunde; die zu einem dicken Stumpf veränderte Epiglottis ist vorn und oben mit der Basis linguae verwachsen, die laryngeale Fläche des Kehldeckels und die Taschenbänder sind mit Wülsten besetzt, zwischen denen sich Ulcerationen befinden. Unter dem linken Stimmbande sieht man einen Narbenstrang.

Peyser: Ein seltener Fall von Cocainintoxication.

Ein 18jähr. Mädchen hatte versehentlich 1 g Cocain geschluckt. Nach einer Stunde ohnmachtähnlicher Zustand, dem $^1/_4$ Stunde später Opisthotonus und klonische Krämpfe der Extremitäten folgten. Der Mund war weit geöffnet und konnte auch gewaltsam nicht geschlossen werden, die Pupillen waren ad maximum dilatirt, die Lippen cyanotisch, der Puls frequent; wechselnde Somnolenz.

Magenausspülungen waren ohne Erfolg, dagegen hörten nach Amylnitriteinathmungen die Krämpfe und der Opisthotonus bald auf und das Bewusstsein wurde freier und kehrte nach einem heissen Bade mit kalten Uebergiessungen ganz zurück. Es bestand nur noch Gesichtsblässe, Cyanose der Lippen, Pupillenerweiterung und Frostgefühl. In der folgenden Nacht zeigte sich noch motorische Unruhe, Pulsbeschleunigung (bis 140) und Sehstörungen. Nach einigen Tagen war Pat. gesund.

Von Amylnitrit wurden im ganzen 8 g verbraucht.

Herzfeld: Ueber Meningo-Encephalitis serosa nasalen Ursprungs mit Vorstellung eines geheilten Patienten.

Der 39jähr. Pat. wurde wegen eines rechtsseitigen Stirnhöhlenempyems nach Kuhnt am 22. Juni 1903 radical operirt, die Granulationen und die sulzige Schleimhaut entfernt; Heilung Ende September. Im December klagte Pat. wieder über Kopfschmerzen und es zeigte sich eine ödematöse Infiltration der Operationsnarbe. Eröffnung der Stirnhöhlen, da die linke sich ebenfalls erkrankt zeigte. Rechts springt die Dura durch einen Defect in der hinteren Wand hervor; bei der Incision entleert sich reichlich Cerebrospinalflüssigkeit, wonach Pat. beschwerdefrei. Puls 70—80, Temperatur normal. Am 24. Dec. fällt Pat. plötzlich bewusst-

los nieder, Krämpfe besonders links, Nackonstarre, Kieferklemme, Sensibilität erloschen, Pupillen weit, reactionslos, Erbrechen, Puls 76. Temperatur 36,5. Die rechte Stirnlappengegend wird trepanirt, die Dura zeigt sich hyperämisch und vorgewölbt, bei der Incision entleert sich blutig-seröse Flüssigkeit, kein Eiter. Danach kehrte das Bewusstsein wieder und die Krämpfe schwanden. Temperatur 36,4—37. Puls um 70. Mitte Februar 1903 gesund entlassen.

Die Therapie ist also bei der Meningitis serosa durchaus nicht aussichtslos. Die Diagnose wird oft erst bei der Operation gestellt oder wenn nach der Heilung die Symptome wiederkehren. Die Lumbalpunction lässt oft im Stich. Die Defecte in der Stirnhöhlenwand sind zu fürchten als Ursache der Erkrankung, sie sind fast immer erworben durch ein Empyem. Der Process kann sich aber auch ohne Defect durch die Knochendiploe fortsetzen auf die Dura und von hier auf die weichen Hirnhäute und das Hirn.

Auch die Rhinorrhoe kann manchmal hervorgerufen sein durch Vermehrung der Cerebrospinalflüssigkeit; als solche wird sie durch die chemische Untersuchung erkannt, die eine die Fehling'sche Lösung reducirende Zuckerart enthält.

E. Meyer erwähnt einen Fall von Meningo-Encephalitis serosa bei einem $3^1/_2$jähr. Knaben, bei dem die Ursache eine Siebbeineiterung war.

Im Anschluss an Scharlach stellte sich eine linksseitige Naseneiterung und Schwellung des linken Auges mit Protrusio bulbi ein. Man entleerte nach Incision am Auge keinen Eiter, fand nur das retrobulbäre Gewebe ödematös. 6 Tage später, 18. October 1904, allgemeine septische Erscheinungen. Nach Injection von Antistreptokokkenserum und Kochsalzinfusion Besserung und anscheinend Reconvalescenz. 4. November Erbrechen, Benommenheit, Krämpfe in der rechten Körperhälfte, links Zuckungen im Cucull. und Sternocleidom., vorübergehende Lähmung der rechten Körperhälfte, schlechtes Allgemeinbefinden.

7. November. Die reichlich Eiter secernirende Wunde am Auge wird eröffnet und von hier aus das Siebbein ausgeräumt und gleichzeitig das dabei gefundene Oberkieferhöhlenempyem operirt. Besserung des Allgemeinbefindens, aber Benommenheit und vollständige Aphasie, keine Pulsverlangsamung, kein Erbrechen, kein Opisthotonus, keine Stauungspapille. 12. November. Aphasie beginnt zu schwinden. Sensorium freier. Reconvalescenz.

Hier handelte es sich also um eine seröse Meningitis als Folge einer Siebbeineiterung: die Entzündung pflanzte sich ohne einen Defect in der Wandung fort.

Brühl hat mehrmals sehr erhebliche Zerstörungen der Hinterwand der Stirnhöhle gesehen, ohne dass meningeale Symptome auftraten.

Kuttner kann nicht recht verstehen, wie die Cerebrospinalflüssigkeit bei Hydrorrhoe aus der Kapsel austreten soll; sind aber normale Oeffnungen vorhanden, so kann es nicht zu Stauungen kommen, es müsste denn eine Verlegung der Fissur eingetreten sein.

Herzfeld. Eine Verbindung des Arachnoidalraums mit der Nase könnte auf dem Wege der Lymphgefässe zu Stande kommen. A. Rosenberg.

---

b) American Laryngological Association.

26. Jahresversammlung, abgehalten in Atlantic City.
2. bis 4. Juni 1904.

Der Vorsitzende J. H. Hartman (Baltimore) regt an, dem Ehrenmitglied der Gesellschaft Señor Manuel Garcia, der am 17. März seinen 99. Geburtstag feierte, ein Begrüssungstelegramm zu senden. Er giebt einen Ueberblick über die verschiedenen neuen Behandlungsmethoden für Hals- und Nasenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Killian'schen Tracheo-Bronchoskopie und der Gersuny'schen Paraffininjectionen zur Beseitigung von Nasendeformitäten. Auch das Heufieber und seine Behandlung wird berührt, Redner plaidirt sodann für eine Erweiterung der Mitgliederliste der Gesellschaft und die Aufnahme jüngerer Elemente in dieselbe.

J. L. Goodale (Boston): Beitrag zum Studium des Secretionsmechanismus in der Nase.

Nach einer Uebersicht über die einschlägige Literatur lenkt G. die Aufmerksamkeit darauf, dass in der Nasenschleimhaut gewisse Vorrichtungen für die Hervorbringung des Secrets vorhanden sind, nämlich die Drüsen und die Intercellulärräume im Epithel und der dieses unten begrenzenden Basalmembran. Bisher ist noch nicht nachgewiesen worden, ob ausser den Schleimdrüsen in der Nasenschleimhaut auch seröse Drüsen sich finden; Redner bediente sich zu diesem Nachweis der neueren Methoden von Golgi und Retzius, die sich bei der Demonstration der serösen Drüsen im Larynx und Trachea sehr nützlich erwiesen haben. Es wurde gefunden, dass in normalen Fällen die Schleimhaut im respiratorischen Theil der Nase sowohl mucöse wie seröse Drüsen enthielt. Sodann wurde die Aufmerksamkeit den Veränderungen in den Drüsen und in den Canälen der Basalmembran zugewendet, die unter pathologischen Umständen, wie chronischen Entzündungen, Atrophie und Rhinitis vasomotoria auftreten. Es zeigte sich, dass bei den durch vermehrte Schleimsecretion charakterisirten Entzündungen eine erhöhte Thätigkeit in den Schleimdrüsen vorhanden war, abgesehen von den in den anderen Gewebsbestandtheilen hervorgerufenen secundären Veränderungen. Bei der Atrophie mit zähem fötidem Secret zeigte sich ein völliges Verschwinden der Canäle in der Basalmembran, während die mucösen und serösen Drüsen eine verminderte, jedoch noch deutliche Thätigkeit aufwiesen.

Bei der vasomotorischen Rhinitis ist die Zunahme des Epithels und in der Zahl und Grösse der Basalcanälchen auffallend, eine Veränderung, die ausser Verhältniss steht zu der mässigen Vermehrung in den mucösen und serösen Drüsen. Physikalische Untersuchungen in Verbindung mit histologischen Befunden machen es wahrscheinlich, dass der grösste Theil der abgesonderten Flüssigkeit von der Flüssigkeit herstammt, die durch die Basalcanälchen und die Spalten im Epithel auf die Schleimhautoberfläche gelangt.

Swain (New Haven) hat in der Gegend der mittleren Muschel eine ganz besonders grosse Menge von Schleimdrüsen gefunden; er glaubt, dass damit der reichliche Schleim zusammenhängt, der gerade in dieser Gegend gefunden wird. Hinsichtlich der in der Nase vorhandenen Flüssigkeit macht Redner darauf auf-

merksam, dass bei kaltem Wetter ein Theil derselben aus den Thränendrüsen kommt.

James E. Newcomb (New York) berichtet über den Gebrauch von Mucin bei atrophirender Rhinitis; er hat dies Mittel über ein Jahr lang mit zufriedenstellendem Erfolg gebraucht.

Goodale stimmt mit Swain darin überein, dass in der Gegend der mittleren Muschel eine grosse Zahl von Drüsen sich findet. Er wollte besonders auf die neuen histologischen Befunde die Aufmerksamkeit lenken.

Edwin Rhodes (Chicago): Bericht über einen Fall von nasaler Hydrorrhoe.

Er hält für die Differentialdiagnose zwischen nasaler und cerebrospinaler Hydrorrhoe die von St. Clair Thomson angegebene Probe für ausreichend. Die Cerebrospinalflüssigkeit kommt vermuthlich aus dem Subarachnoidalraum und findet ihren Ausweg durch die Nasenhöhle; sie sickert möglicher Weise durch die perineurale Scheide oder durch traumatische Oeffnungen in der Schädelbasis nach unten. Nasale Hydrorrhoe besteht in copiöser Absonderung wässriger Flüssigkeit von der Nasenschleimhaut, die entweder continuirlich ist oder zu gewissen Tageszeiten oder in irregulären Intervallen erscheint und bisweilen für lange Zeiten anhält. Sie kann aus beiden Seiten der Nase kommen, ist aber häufiger einseitig. Die beiden Theorien, die sich der meisten Anerkennung erfreuen, sind: Erstens, dass es sich um eine Neurose des Nervus trigeminus in der Nasenschleimhaut und zweitens, dass es sich um ein Symptom allgemeiner neurasthenischer Veranlagung handelt. Redner schliesst sich der letzteren Ansicht an; er denkt, dass bei der Exosmose der Flüssigkeit wahrscheinlich eine Reizung der Endfasern des Trigeminus in der Nasenschleimhaut vorliegt, die wohl auf einen atmosphärischen Einfluss zurückzuführen sei. Das Hauptsymptom besteht in Absonderung einer wasserhellen Flüssigkeit aus der Nase, die andern Symptome sind Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Husten, Schnupfen, nervöse Erscheinungen etc. R. berichtet sodann über einen eine 44jährige Frau betreffenden Fall; dieselbe klagte über fortwährendes Tropfen aus der rechten Nase. Sie wurde mit Pillen behandelt, die aus Zinkphosphat, Nux vomica und Chinin bestanden und ihre Nervosität günstig beeinflussten; ferner erhielt sie Brom als Schlafmittel. Die verschiedensten Mittel wurden ohne jeden Effect auf ihr Nasenleiden versucht; schliesslich wurde die Nase mit ganz dünner Argentumlösung behandelt, nachdem die Schleimhaut vorher mit 1 prom. Adrenalinlösung gepinselt war. Dies hatte zunächst heftige Kopfschmerzen zur Folge; 5 Tage später jedoch hörten die Kopfschmerzen auf und die Absonderung aus der Nase liess nach, verschwand innerhalb drei bis vier Tagen völlig und kehrte nicht wieder.

Swain glaubt, dass in dem berichteten Fall auch andere Agentien, z. B. die Elektricität denselben Effect gehabt hätten, wenn sie in genügendem Grade angewandt worden wären.

J. N. Mackenzie (Baltimore): Einige Bemerkungen zur heutigen intranasalen Chirurgie.

Der Hauptinhalt seiner Ausführungen ist ein Protest gegen viele der radi-

calen Methoden, die heute en vogue sind und die geeignet scheinen, diesen Zweig der Chirurgie in Misscredit zu bringen. Ein Grund für diesen Furor secandi sieht er in der Thatsache, dass das Naseninnere einen ziemlichen Grad von Misshandlung ohne gefährliche Reaction verträgt; das rechtfertigt aber nicht den oft eingeschlagenen Weg. M. kann einen Theil der Indicationen, nach denen heute in der Nase und in den Nebenhöhlen operirt wird, nicht anerkennen. Man hat z. B. oft geringfügigen Verbiegungen der Nasenscheidewand zu grosse Bedeutung beigelegt und bisweilen ist der Patient nach der Operation oft schlimmer daran als vorher. Wenn die Statistiken aller Operationen und nicht nur derjenigen mit günstigen Resultaten vorliegen würden, so würden wir darüber erschrecken.

Francis R. Packard: Eine Studie über tödtliche Operationen in Nase und Hals.

P. ist überrascht über die im Verhältniss zu den zahlreichen Operationen in dieser Region so geringe Anzahl von Todesfällen. Er giebt eine Uebersicht über die Fälle, die er aus der Literatur gesammelt hat: Er hat 26 Todesfälle in Folge Narkose gefunden und zwar 24 nach Chloroform, einen nach der A.C.E.-Mischung und einen nach Aether, letzterer augenscheinlich in Folge Bronchitis. Chloroform-Tod trat besonders häufig bei solchen Patienten auf, die den Status lymphaticus darboten. Andere Todesfälle hat er 22 auffinden können. 14 davon kommen auf Blutungen nach Tonsillotomie und Adenoidoperation; andere vertheilen sich auf Meningitis nach Anwendung von Ferrum-sesquichlorid bei Nasenbluten, nach Operation von Aussen wegen Nasenpolypen und Orbitaltumor, nach Galvanocaustik der mittleren Muschel, nach Sondirung und Einspritzung in den Thränencanal, nach Entfernung einer Exostose und ein Todesfall an Sepsis nach Tonsillotomie.

Alexander W. Mac Coy (Philadelphia): Beobachtungen über den therapeutischen Werth der medicinischen Salben bei gewissen Affectionen der Nasenhöhlen.

Redner kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Trotz der heute bestehenden Neigung zur operativen Behandlung der Nasenkrankheiten darf die rationelle Anwendung von Medicamenten nicht vernachlässigt werden; 2. die constante Anwendung der Nasenspülungen ist nicht gefahrlos; 3. der Gebrauch von Salben, die bequem anwendbar sind, ist von jenen Gefahren frei.

Swain glaubt, dass die acuten Affectionen der Nase ein geeignetes Feld für die Anwendung von Salbenpräparaten darstellen. Er hat bisweilen gesehen, dass, wenn gleichzeitig eine Hydrarg. oxydat. flavum-Salbe verschrieben war und der Patient Jodkali nahm, eine sehr unangenehme Reaction die Folge war.

J. Solis-Cohen (Philadelphia) räth zur Anwendung eines Salbenträgers, der durch die Nase hindurch geführt wird, bis er die hintere Pharynxwand erreicht; beim Zurückziehen kommt die ganze Nasenschleimhaut mit der Salbe in Berührung.

W. L. Simpson (New-York) bemerkt, dass er Schwierigkeiten darin gefunden hat, die Salben in genügender Festigkeit anzuwenden; wenn sich diese Schwierigkeit heben lasse, so sei die Salbenbehandlung eine ideale Form der Therapie.

Hudson Makuen (Philadelphia) macht auf die Gefahren der Salbenbehandlung aufmerksam. Er kennt einen Patienten, der sich seit 10 Jahren so daran gewöhnt hat, jeden Abend vor dem Schlafengehen Vaseline in seine Nase zu appliciren, dass er nicht im Stande ist, diese Gewohnheit aufzugeben.

Mac Coy räth, die Salbenapplication so zu machen, dass man die Enden von dünnen Holzstäbchen mit Watte umwickelt und diese in die Salbe taucht. Die Stäbchen können nach jedem Gebrauche fortgeworfen werden. Die Menge oder Consistenz der Salbe ist irrelevant; nur darf sie nicht scharf sein, um die Schleimhaut nicht zu reizen.

Clement F. Theisen (Albany): Aetiologie und Diagnose der Ozaena und ihre Beziehungen zur Lungentuberculose.

1. Sinuserkrankungen sind wahrscheinlich in einem gewissen Procentsatz der Fälle die Ursache für Ozaena oder müssen zum Mindesten als prädisponirende Ursache für diese betrachtet werden. 2. Eitrige Processe in den Nebenhöhlen sind, wie die Beobachtungen von Pearce zeigen, häufig bei gewissen infectiösen Krankheiten des Kindesalters vorhanden, besonders bei Scharlach, Masern und Diphtherie und in Folge dessen müssen diese Infectionskrankheiten als ein zum Mindesten möglicher ätiologischer Factor betrachtet werden. 3. Wenn auch eine gewisse Zahl von Ozaenafällen auf Sinuserkrankungen zurückzuführen ist, so genügt das doch nicht, um die Pathogenese des ganzen Krankheitsbildes der Ozaena zu erklären. 4. Die grosse Anzahl von Ozaenakranken, die an Lungentuberculose leiden, weist darauf hin, dass die Nasenerkrankung ein wesentlicher prädisponirender Factor für die Tuberculose ist.

J. Goodale (Boston) bemerkt, dass mannigfache Zustände als Ozaena bezeichnet werden, dass die Therapie aber in praxi stets dieselbe ist.

Thomas J. Harris (New York) hat bei 19 Fällen von genuiner Ozaena zweimal einseitiges Antrumempyem und einmal Siebbeineiterung gefunden. Sonst konnte er keine Complication seitens der Nebenhöhlen nachweisen. Was die Beziehung zwischen Ozaena und Tuberculose betrifft, so fand er unter 12 Patienten nur einen Tuberculösen; dieser hatte, als er wegen seiner Ozaena in Behandlung kam, bereits eine Kehlkopftuberculose. Hamilton fand bei 100 Fällen von Tuberculose nur eine Ozaena; dagegen fand er in 50 Fällen von Ozaena den Tuberkelbacillus. Unter 170 Fällen von Ozaena hat Harris nur 6 Tuberculöse gefunden.

Er macht auf den Widerspruch zwischen den Statistiken von Hamilton und Theisen aufmerksam.

Cornelius G. Coakley (New York) hält es seiner Erfahrung nach für ein sehr seltenes Vorkommniss, wenn typische Nebenhöhlenerkrankungen bei dem als Ozaena bezeichneten Zustand gefunden werden. Er hält den Jackson'schen Durchleuchtungsapparat für in praxi werthlos. Er verwirft die Anwendung starker antiseptischer Lösungen, da er gefunden hat, dass einfache adstringirende Flüssigkeiten gute Resultate geben.

Emil Mayer (New York) kommt auf die Pearce'sche Statistik betreffs Empyem bei Kindern zurück. Er bezieht sich auch auf 8 Fälle eigner Beobachtung,

die ihm die Vermuthung nahe legen, dass Empyem bei kleinen Kindern in ätiologischer Beziehung zur Ozaena stehe.

Payson Clark (Boston) hat 100 Fälle von Kehlkopftuberculose mit besonderer Berücksichtigung des Nasenbefundes untersucht und hat sie mit 100 anderen Fällen verglichen, die wegen anderer Beschwerden die Klinik aufsuchten und war betroffen von der grossen Zahl von Fällen mit Ozaena und atrophischer Rhinitis unter den Patienten mit Larynxtuberculose im Vergleich zu denen ohne Larynxtuberculose.

James E. Newcomb (New York) hat 70 Fälle von Tuberculose untersucht, ohne darunter einmal Ozaena zu finden; jedoch waren darunter 7 oder 8 Fälle mit Atrophie ohne Foetor.

H. L. Swain (New Havon) hat Nebenhöhlenerkrankungen bei Ozaena nicht häufiger gefunden, als sonst. Er betrachtet es aber für sehr einleuchtend, dass Tuberculose bei Ozaena häufig vorkommt, da hierbei alle Bedingungen für das Wachsthum aller Arten von Bacillen gegeben sind.

Thomas Hubbard (Toledo) betrachtet das gleichzeitige Vorkommen von Ozaena und Tuberculose als einen Zufall. Er glaubt, dass die Temperaturverhältnisse bei Schwindsüchtigen zu einer Eintrocknung der Schleimhaut und zur Hervorbringung eines leicht atrophischen Zustandes führen können, dessen Verwechselung mit Ozaena nahe liegt.

William Lincoln (Cleveland) berichtet über drei Fälle, in denen im Anschluss an eine Operation eine starke Beeinträchtigung der allgemeinen Gesundheit und eine anscheinende Ozaena auftrat. Diese verschwand jedoch wieder, als sich der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten besserte. L. ist der Meinung, dass jede consumirende Krankheit einen ozaenaartigen Zustand zur Folge haben kann.

H. E. Casselberry (Chicago) giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass man in Bezug auf das vorliegende Thema nicht eher zu einem befriedigenden Ergebniss gelangen wird, bis der Begriff der Ozaena entweder bei Seite gelassen oder besser definirt sei.

Walter F. Chappell (New-York): Vier ungewöhnliche Nasenrachengeschwülste.

Alle diese Tumoren sind bemerkenswerth wegen ihrer Grösse, der eine auch wegen seines Characters und Ursprungs. Die eine Geschwulst war ein grosser, in den Nasenrachen hineinragender Polyp: in zwei andern Fällen handelte es sich um sehr grosse Rachenmandeln, die den ganzen Nasenrachen ausfüllten und sich nach unten in den Pharynx ausdehnten; die vierte Geschwulst war ein grosser gestielter Tumor, der nahe der Tuba Eustachii seinen Ursprung nahm.

Jonathan Wright stellte fest, „dass es sich im Wesentlichen um nichts Anderes handelte, als um eine enorme sogenannte himbeerartige Hyperplasie, wie man sie häufig am hinteren Ende der unteren Muschel sieht. Sehr bemerkenswerth war in diesem Fall das Vorkommen von Lymphknoten". Die Operation vom Munde aus war in allen Fällen einfach.

Emil Mayer berichtet über einen Fall von ungewöhnlicher Nasenrachengeschwulst bei einem 32 jährigen Manne, der sehr geringfügige Symptome aufwies, bei dem sich aber ein in den Nasenrachen hineinreichender Pharynxtumor fand. Er wurde entfernt und erwies sich als ein reiner Nasenpolyp.

James E. Newcomb (New-York) erwähnt den Fall eines Patienten, der 6 Jahre lang nicht durch die Nase athmen konnte. An Stelle des vermutheten Nasenrachenfibroms fanden sich nur einige kleine Bindegewebsstränge.

Henry L. Swain (New Haven): Gesichtsasymetrie als Ursache von Deformitäten der Nasenscheidewand.

Die Mittheilung ist das Ergebniss 3 Jahre lang währender Untersuchungen an den Schädeln der Marsh-Sammlung im Peabodymuseum der Yale University. Sie wurden ursprünglich unternommen, um die Ursache für die so häufige excessive Wölbung des Gaumens festzustellen. Es wurden Vergleiche zwischen kindlichen und erwachsenen Hawaiern, zwischen kindlichen und erwachsenen Flachkopf-Indianern angestellt, auch die Frage der Erblichkeit ausführlich berücksichtigt.

Thomas Hubbard (Toledo) berichtet über gelegentliche Beobachtungen, die er bei einer Familie gemacht hat. Die Eltern hatten völlig normale Alveolarkrümmung, bei 3 von den 8 Kindern war diese deformirt. Bei einem Kind war diese Deformität sehr ausgesprochen, der Gaumen hoch, der Alveolarbogen unterbrochen, so dass die Zähne unregelmässig standen; in diesem Fall war ein Schneidezahn so durch den Gaumen durchgebrochen, dass er beinahe in der Mittellinie der Mundhöhle stand. In der dritten Generation hatte ein Kind in unregelmässigen Zwischenräumen stehende Zähne. Redner will an diesen Fällen die Rolle der Erblichkeit zeigen.

John O. Roe (Rochester) betont das Compensationsgesetz. Er berichtet über Fälle, in denen adenoide Vegetationen die Ursache für eine Septumverbiegung abgegen.

A. Coolidge jr. (Boston) erinnert an die Fälle, die auf der Versammlung in New Haven berichtet wurden, in denen es sich um congenitalen, knöchernen Choanalverschluss handelt. In diesen Fällen war keine Neigung zu hohem Gaumengewölbe oder Septumverbiegung vorhanden. C. ist der Meinung, dass, wenn selbst so completer Nasenverschluss kein hohes Gaumengewölbe verursacht, adenoide Vegetationen dies wahrscheinlich noch weniger thun.

Thomas Hubbard (Toledo): Intratrachealinjectionen.

H. nimmt die Priorität für diese Methode für Botey in Anspruch, der im Jahre 1890 zuerst über klinische Fälle vor der Académie des sciences in Paris berichtete. Im Allgemeinen war die Methode jedoch nicht von den Laryngologen für die Praxis adoptirt worden. H. glaubt, dass man nur durch Vertrautheit mit der Methode dazu gelangen könne, ihre Ueberlegenheit über andere gebräuchliche anzuerkennen. Der Zweck besteht zunächst darin, die Secretion anzuregen und die Zersetzung und Fäulniss angesammelten Secrets zu verhindern. Die Trachealinjectionen bilden ein sehr werthvolles Adjuvans bei der Allgemeinbehandlung des Bronchialasthma. Das geeignetste Instrument ist eine Spritze mit langgebogener

Kehlkopfcanüle. In der Mehrzahl der Fälle erweist sich die Trachealmedication als nützlich, sowohl bei Bronchitis wie Laryngitis.

J. W. Gleitsman (New York) hat in einem Fall völlige Wiederherstellung, in einem andern wenigstens während der Dauer der Behandlung Aufhören aller Beschwerden erzielt. Er betont die Nothwendigkeit, die Spritze unter Leitung des Spiegels einzuführen. Er bevorzugt für die Einspritzungen Camphor und hat damit gute Resultate erzielt.

W. K. Simpson (New-York) hält den localen und allgemeinen Effect der Intratrachealinjectionen bei Bronchial- und Lungenleiden für höchst werthvoll. Jedoch ist eine gewisse Routine in der Technik nothwendig. Er erwähnt den Fall eines Mannes, in dem nach Anwendung der Trachealspritze eine Pneumonie auftrat.

Emil Mayer (New York) äussert, dass nicht genügend Gewicht auf die Temperatur der injicirten Flüssigkeit gelegt werde; sie solle Körpertemperatur haben.

G. Hudson Makuen (Philadelphia) hat sich mit Vortheil einer von Dr. Freer (Chicago) angegebenen Spritze bedient.

Goodall (Boston) wendet besonders in Fällen, in denen die Einspritzungen häufig gemacht werden, vorher kein Cocain an. Er bedient sich einer Lösung von Eucain β in etwas Adrenalin.

Hubbard hält die Frage der Anästhesirung des Larynx für belanglos, da man vermeiden könne, die Epiglottis mit der Spritze zu berühren. Er erachtet es nicht für nöthig, dass die Flüssigkeit von Körpertemperatur sei, sondern erachtet es für genügend, wenn sie Zimmerwärme hat.

Clarence C. Rice: Die compensatorische Thätigkeit gewisser Kehlkopfmuskeln in Fällen von Stimmstörung.

R. kommt zu dem Ergebniss, dass wie überall im Körper so auch im Kehlkopf die Einrichtung besteht, dass eine Muskelgruppe compensatorisch für die andere eintritt; hier können die Verhältnisse mit dem Kehlkopfspiegel ganz besonders gut studirt werden. Die schwächeren Kehlkopfmuskeln werden sehr leicht ermüdet in Folge Ueberarbeitung oder zu schneller Thätigkeit und dann treten sofort die stärkeren für sie ein. So interessant diese compensatorische Thätigkeit vom physiologischen Standpunkte aus ist, so hat sie für das Singen keine praktische Bedeutung.

Hudson Makuen (Philadelphia) sagt, dass die Schwierigkeit bei der Diagnose von fehlerhafter Kehlkopfaction in der Thatsache liegt, dass das Laryngoskop nicht gestattet, die Thätigkeit der Muskeln beim Singen zu sehen. Er lenkt dann die Aufmerksamkeit auf den Training der äusseren Kehlkopfmuskeln.

Rice: Schlusswort.

Emil Mayer: Der weitere Verlauf eines Falles von post-typhöser Perichondritis, der im Mai 1903 der Gesellschaft berichtet wurde. Zu dieser Zeit trug der Patient eine Intubationstube, die in den Kehlkopf eingeführt war, nachdem vorher wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie hatte gemacht werden müssen. Mit der Tube in situ hatte Patient eine Reise nach Europa gemacht; nach viermonat-

lichem Tragen der Tube wurde diese entfernt. Einige Tage später stellte sich etwas Dyspnoe ein und eine dünne Tube wurde eingeführt und eine Woche lang liegen gelassen. Seitdem sind neun Monate ohne Dyspnoe vergangen, es bestehen keinerlei Beschwerden, die Stimme ist völlig wiedergekehrt. Redner meint, es sei dies der erste derartige mittelst Intubation geheilte Fall.

W. K. Simpson (New York) hofft, bei der nächsten Versammlung einen solchen Fall vorstellen zu können. Er räth, Hartgummituben den Metalltuben in solchen Fällen vorzuziehen, da erstere sich weniger leicht durch Schleim verstopfen.

A. W. de Roaldes (New Orleans) spricht von der Gefahr, die darin besteht, eine Tube zu tragen; er erwähnt einen Patienten, der mehrere Jahre eine O'Dwyer'sche Tube trug, die nur monatlich einmal zum Reinigen entfernt wurde. Die grösste Gefahr bestand in der Schleimansammlung in der Tube. Schliesslich musste die Tracheotomie gemacht werden und Patient trägt jetzt eine Canüle und fühlt sich sehr wohl dabei.

Mayer betont, dass, wenn vorher die Tracheotomie gemacht worden ist, die Gefahr des Tubustragens lange nicht so gross ist. Er sieht die Hauptgefahr im Collabiren der Kehlkopfwände, wenn die Tube entfernt wird.

Zweiter Tag. 3. Juni.

Diskussion über Neurosen der oberen Luftwege mit Ausnahme der durch Diphtherie und organische Erkrankungen entstandenen.

Hudson Makuen: Neurosen der Nase.

M. theilt die Neurosen in sensorische und reflectorische. Er giebt eine ausführliche Schilderung von ihnen und äussert sich über die Reflexneurosen ziemlich skeptisch, hat aber doch die Empfindung, dass es zweifellose Fälle giebt, die auf eine Reizung von Seiten der Nase zurückzuführen seien. Nachdem Redner von dem gewöhnlich beschriebenen Reflexbogen gehandelt hat, sagt er, „dass ein pathologischer Reflex stets eins von zwei Dingen voraussetzt: entweder eine Störung an einer Stelle des Reflexbogens oder irgend welche ungewöhnliche periphere Reizung; eine Störung im Reflexbogen bringe das Nervensystem in einen als Hysterie oder Neurasthenie bezeichneten labilen Zustand". Als die wichtigsten von der Nase ausgehenden Reflexerscheinungen bezeichnet M. Husten und Asthma, daneben Niessen, Glottisspasmen.

Hopkins (Springfield): Neurosen des Pharynx.

H. spricht über Sensibilitätsstörungen, Neuralgie, Reflexneurosen, spastische Störungen, Gefässneurosen, ferner über Anästhesie, Hyperästhesie und Parästhesie. Er erwähnt den von Lambert Lack beschriebenen Fall von Chorea pharyngis. Alle Patienten mit diesen Neurosen sind Neurastheniker; Hauptgewicht muss auf Allgemeinbehandlung gelegt werden.

Emil Mayer (New York): Kehlkopfneurosen.

Beim Durchblättern der 25 Jahrgänge der Verhandlungen der American Laryngological Association hat M. in den ersten 15 Bänden jährlich 3–4 Aufsätze über dies Thema gefunden, während in den letzten 10 Jahren viele Bände ohne

jeden Beitrag zu dieser Frage erschienen sind. Das zeigt, wie sich das Interesse von dem Gegenstand abgewandt hat. M. berührt kurz die verschiedenen Sensibilitätsstörungen, wie Hyperästhesie und Anästhesie und geht zunächst näher auf die Spasmen des Larynx ein: Laryngismus stridulus, congenitaler Stridor, Spasmus glottidis, Chorea laryngis, Kehlkopfnystagmus, Dysphonia spastica. Bezüglich des congenitalen Stridors der Kinder neigt M. zu der Ansicht von Thompson und Logan Turner, dass es sich um eine Neurose handelt. Dann bespricht Redner das Stottern, Kehlkopfneuralgien, dann Status lymphaticus und plötzliche Todesfälle. Bezüglich des letzteren Punktes sagt er, dass sein Verständniss wohl auch die plötzlichen Todesfälle bei Adenoidoperationen aufklären würde. Unter den motorischen Lähmungen erwähnt er einige Fälle mit merkwürdiger Aetiologie, z. B. Paralyse in Folge pericardialen Exsudats, Mitralstenose, postoperative Paralyse (Entfernung eines Angiofibroms am Kieferwinkel, Laryngofissur wegen Papillom) und solche nach Trauma durch Schusswunden. Schliesslich wird die Behandlung der functionellen und hysterischen Aphonie besprochen.

Bryan (Washington) berichtet über 2 Fälle von Anosmie. Bezüglich des Laryngismus stridulus glaubt er, dass es sich um eine Neurose und gleichzeitige mechanische Ursachen handele.

Theisen (Albany) berichtet über 3 Fälle von Thymustod, die kürzlich im Kinderhospital in Albany beobachtet wurden. Die Kinder wurden, nachdem sie am Abend noch munter gewesen, am Morgen todt im Bette gefunden. Eins der Kinder hatte Anfälle von Laryngismus stridulus gehabt.

J. W. Farlow (Boston) betrachtet als die unangenehmsten Fälle die von Neurose der Nase mit Vergrösserung der mittleren Muschel, Thränenfluss und Schwellung an den Augen. Er räth für diese Fälle Abhärtung der Haut und Hydrotherapie. Er erwähnt, dass Patienten, die an Spasmus glottidis leiden, oft Furcht haben, ordentliche Bissen zu essen, weil sie glauben, dass dadurch ein Anfall entsteht; es ist aber besser, dass sie Portionen von normaler Grösse schlucken, als wenn die Muskeln um einen kleinen Bissen sich contrahiren müssen. Er macht ferner auf die Fälle aufmerksam, in denen die wahren und falschen Stimmbänder bei jedem Sprechversuch derart aneinander gepresst werden, dass die Patienten fast unverständlich bleiben.

John O. Roe (Rochester) erwähnt kleine Polypen als Ursache von Migräne und Kopfschmerz. Er erwähnt 2 Fälle von Kindern, die an Chorea litten und bei denen diese nach Entfernung hyperplastischer Tonsillen und adenoider Vegetationen verschwand.

J. W. Gleitsman (New York) berichtet über einen Fall von nervösem Husten, der durch eine Seereise geheilt wurde. Nach seiner Erfahrung ist die Heilung von Asthma durch Entfernung von Nasenpolypen keineswegs selten.

Thomas Hubbard (Toledo) hat einen Fall, der gerichtsärztliches Interesse hatte, beobachtet. Er wurde in diesem Falle, in dem durch Sturz von einer Strassenbahn und Fall auf den Hinterkopf eine Verletzung des Bulbus olfactorius verursacht wurde, als Sachverständiger vernommen. Beim Laryngismus stridulus soll man mit der Prognose vorsichtig sein, da häufig der Tod eintritt, wenn man

am wenigsten darauf gefasst ist. In einem Falle von congenitalem Stridor trat Besserung nach Resection der Spitze der Uvula ein.

Thomas J. Harris (New York) berichtet über den Fall einer Krankenpflegerin, bei der Anfälle von Spasmus glottidis als Folge einer starken Beeinträchtigung ihrer allgemeinen Gesundheit auftraten. Die Anfälle kamen gewöhnlich mitten in der Nacht. Am erfolgreichsten zeigte sich der Gebrauch von Bromkali.

S. H. Langmaid (Boston) berichtet über den Fall eines jungen Mädchens, bei der ein nervöser Husten durch Suggestionstherapie zum Verschwinden gebracht wurde.

William Lincoln (Cleveland) erwähnt einen Fall von Chorea, die durch Entfernung einer Lymphgeschwulst aus dem Pharynx hervorgerufen wurde.

W. K. Simpson (New York) erzählt einen Fall, in dem ein Laryngologe einem Kinde, dem er die Mandel amputirte auch gleichzeitig ohne Einwilligung der Eltern die ganze Uvula, die er für zu lang hielt, fortnahm. Es entwickelte sich eine schwere allgemeine Hysterie mit Unfähigkeit zu gehen. S. ist der Meinung, dass wenn die Eltern den Arzt verklagt hätten, sie den Process gewonnen hätten.

W. F. Chappell (New York) hat in zwei Fällen, in denen während der prämenstrualen Zeit intermittirende Anfälle von Laryngitis und gelegentlich Nasenverstopfung mit Niessen auftraten, Heilung durch Hydrotherapie erzielt.

Clarence C. Rice (New York) glaubt, dass die Grösse des Rachens einen gewissen Einfluss auf den Zustand des Kehlkopfes hat.

Hudson Makuen lässt im Schlusswort die Hydrotherapie bei nasalen Neurosen nur als Mittel gegen die peripheren Erscheinungen gelten. Er erwähnt ferner einen Fall, in dem Asthma und Husten nach Cauterisation einer verdickten Schleimhautstelle an der hinteren Rachenwand verschwanden; ferner einen Fall, in dem Larynxschwindel durch Amputation der verlängerten Uvula beseitigt wurde.

Emil Mayer macht darauf aufmerksam, dass Schwindel oft mit Nasenneurosen vergesellschaftet ist. Reflexhusten ist nicht so selten und wird oft durch Behandlung der Zungentonsille oder Curettage der hinteren Rachenwand geheilt. In Bezug auf die Aetiologie des congenitalen Stridors stimmt M. mit den meisten Pädiatern überein, dass es sich in erster Linie um eine Neurose handle.

E. Fletcher Ingals (Chicago): Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus und den Bronchien mit Hülfe des Killian'schen Oesophagoskops und Bronchoskops.

Der erste Fall betraf ein $2^1/_2$jähriges Kind, das eine Schmucknadel verschluckt hatte; mittels der Radioskopie sah man den Fremdkörper im Oesophagus. Sechs Tage, nachdem der Fremdkörper verschluckt worden war, sah J. zum ersten Male das Kind, das während dieser Zeit sehr an Uebelkeit gelitten hatte und keine feste Speise zu sich genommen hatte. Unter Chloroformnarkose wurde das Killian'sche Oesophagoskop eingeführt; in den Falten der Oesophaguswand entdeckte man die Nadel dicht unter dem Tubus. Es war unmöglich, den Fremdkörper wegen seiner Grösse durch die Tube zu exstrahiren und so wurden beide, Fremdkörper und Tube, zusammen herausgezogen. Im zweiten Fall hatte ein

17jähriges Mädchen eine Nadel mit Glaskopf 11 Monate vorher aspirirt, bis auf geringen Husten einige Tage nach dem Unfall waren keine besonderen Symptome aufgetreten. Der Husten wurde jedoch allmälig schlimmer, zeitweise konnten die Bewegungen des Fremdkörpers in den Luftwegen gefühlt werden und einmal gerieth er beim Husten nach oben zum Kehlkopf und verursachte einen starken Anfall von Spasmus. Besonders beim Liegen war die Patientin sehr kurzathmig. Grosse Mengen Sputum, bisweilen mit Blut gemischt, wurden expectorirt. Röntgenstrahlen wurden dreimal angewandt, es war aber nichts damit zu sehen. Auch bei Eröffnung der Trachea hatte man keinen Fremdkörper gefunden; man liess erst die Wunde wieder zuheilen. Als die Patientin in Redners Behandlung kam, hustete sie viel und warf grosse Mengen schleimig-eitrigen Sputums aus. Der Radiograph zeigte den Fremdkörper in einer Linie zwischen der II. und III. Rippe vorn und dem V. und VI. Intercostalraums hinten und $3-4^1/_2$ cm nach rechts von der Mittellinie. Unter Chloroformnarkose wurde die Nadel unter grossen Schwierigkeiten durch das Bronchoskop extrahirt. Völlige Heilung.

Edwin Rhodes (Chicago) berichtet über Extraction einer Nadel durch die Trachealöffnung.

W. K. Simpson (New-York) berichtet über einen Fall, in dem eine Nadel mittels des Oesophagoskops im Oesophagus mit der Spitze nach oben liegend gesehen wurde. In der Nacht drehte sie sich und konnte dann unter Narkose extrahirt werden.

John O. Roe (Rochester) hat mittels einer besonderen Zange, die er angegeben, ein 25 Centstück aus dem Oesophagus eines 8jährigen Kindes entfernt.

A. Coolidge jr. (Boston): Fremdkörper im Bronchus.

C. berichtet über 4 Fälle. In 3 Fällen war die Tracheotomie gemacht worden, im vierten wurde der Fremdkörper mittels des Killian'schen Bronchoskops entfernt. Im ersten Fall war einem Mann eine Silbermünze in die Trachea gerathen. Mittels tiefer Tracheotomie gelang die Extraction nicht. Die Radioskopie zeigte den Fremdkörper rechts von der Mittellinie an der 5 Costovertebral-Articulation. Ohne Narkose wurde bei Rückenlage des Patienten ein gerades Speculum bis zur Bifurcation durch die Trachealöffnung eingeführt. Man sah den Fremdkörper im rechten Bronchus und entfernte ihn mittels Zange. Im zweiten Fall war ein 22 Monate altes Kind 12 Tage bevor C. es sah, cyanotisch aufgefunden worden; Auscultation und Percussion ergab nichts. Es bestand gelegentlicher spastischer Husten. Es wurde eine Nadel aus dem rechten Bronchus entfernt. Im dritten Fall war eine Nadel von einer Frau aspirirt worden. Die Untersuchung ergab, dass der Fremdkörper im Bronchus sass.

Am folgenden Tage wurde die Trachea mit Cocain besprayt und ein kurzer Tubus durch die Wunde eingeführt. Man sah die Nadel hoch oben im linken Bronchus und konnte sie leicht entfernen. Der vierte Fall betraf einen 8jährigen Knaben, der behauptete, einen Nagel verschluckt zu haben. Man glaubte ihm zuerst nicht; einige Tage später entwickelte sich eine rechtsseitige Bronchitis. Roentgenstrahlen-Untersuchung zeigte den Fremdkörper im rechten Bronchus. In Aethernarkose wurde die Bronchoskopie ausgeführt und man sah den Nagel aus

dem rechten Bronchus in die Trachea hineinragen, in deren Wand seine Spitze eingebettet lag. Bei Berührung des Nagels entstand etwas Husten und Blutung. Nach 2 oder 3 Versuchen gelang es, die Nadel mit der Tube durch die Glottis hindurchzuziehen. C. hält die Einführung des Killian'schen Instruments beim Lebenden für erheblich leichter als am Cadaver.

Bryson Delavan (New-York): Die gegenwärtigen Methoden für die Behandlung bösartiger Kehlkopfkrankheiten.

Redner hält die Roentgenstrahlen in vorgeschrittenen, also nicht mehr operablen Fällen für ein gutes Mittel, um dem Patienten zeitweise Erleichterung von den hauptsächlichsten Beschwerden zu verschaffen. Das einzige Mittel, um Heilung herbeizuführen, besteht in frühzeitiger Operation. Er empfiehlt für Fälle, die früh in Behandlung kommen, Thyreotomie und partielle Exstirpation, wenn die Affection noch nicht ausgedehnt und scharf begrenzt ist; in den vorgeschrittenen Fällen kommt die Totalexstirpation in Frage. Er hält eine Tracheotomie vor der Hauptoperation bisweilen für rathsam. Er betont die Nothwendigkeit der frühzeitigen Diagnose sowie, dass Operateur und Pflegerin ganz besonders für diese Fälle geübt sein müssen. Die Probeexcision zur mikroskopischen Untersuchung verwirft D., weil dadurch angeblich ein Reiz zu schnellerem Wachsthum auf die Geschwulst ausgeübt wird.

Fletcher Ingals (Chicago) berichtet über zwei Fälle, in denen zuerst die Tracheotomie und dann totale Larynxexstirpation vorgenommen wurde. Beide Patienten machen eine ungestörte Heilung durch und sprechen ziemlich gut.

H. L. Swain (New Haven) hat einen Fall, der einen Prediger betraf, bei dem die Laryngectomie vorgenommen war, gesehen, in dem der Patient sogar im Stande war, zeitweise zu predigen. Er erinnert ferner an den von Chappell bei der letzten Versammlung vorgestellten Fall, der jetzt 3 Jahr und 2 Monate seit der Operation ohne Recidiv ist.

John N. Mackenzie (Baltimore) berichtet über eine Frau mit papillomatösem Tumor des weichen Gaumens und der hinteren Pharynxwand. Der Fall war inoperabel. Patientin wurde von Dr. Puseg in Chicago mit Röntgenstrahlen behandelt und zwar in Bezug auf die Pharynxgeschwulst mit Erfolg; jedoch breitete sich von der seitlichen Pharynxwand die Erkrankung nach unten auf den Kehlkopf fort.

H. K. Simpson (New York) behauptet, ein Durchschnittschirurg sei nicht im Stande, die Totalexstirpation des Kehlkopfs wegen Carcinom auszuführen. Er macht besonders auf den Mangel an Technik auch bei guten Operateuren aufmerksam und citirt einen tödtlichen Fall, in dem der unglückliche Ausgang auf mangelhafte postoperative Behandlung zurückgeführt werden musste.

William Lincoln (Cleveland) hält es für richtiger, eine Operation zu wagen, bevor die Bösartigkeit der Neubildung sicher fest steht, als damit zu warten. Was die Röntgenstrahlen anbelangt, so hat L. einen Fall gesehen, in dem sie gar nichts geholfen haben. Er erwähnt auch die im letzten Jahr von ihm berichteten 7 Fälle, die Dr. Crile operirt hatte. Die Operation geschah nicht mit der sicheren Aussicht auf Heilung, sondern in der Hoffnung, die Beschwerden der

Patienten zu lindern. Dieser Zweck wurde auch in 6 Fällen erreicht; im siebenten wurde völlige Heilung erzielt.

Delavan sagt im Schlusswort, dass je oberflächlicher die Geschwulst ist, desto mehr Aussicht vorhanden ist, dass die Röntgenstrahlen Erleichterung bringen. Diese Behandlungsmethode ist ihnen in unoperirten Fällen von grossem Nutzen gewesen. D. betont die Gefahr der Probeexcision; er berichtet über 2 Fälle mit tödtlichem Ausgang nach der letzten und über einen nach partieller Laryngectomie. In beiden Fällen giebt er dem Operateur Schuld an dem Ausgang.

Samuel H. Langmaid (Boston): Wirkung des Tabaks auf den Hals.

Redner ist der Ansicht, dass bei der Wirkung des Rauchens auf die Halsschleimhaut das Klima eine grosse Rolle spielt. Die in den Hals gelangenden Mengen Nikotin sind sehr geringfügig im Vergleich zu der Menge des Kohlenoxydgases, die Symptome bei Rauchern sind zum grössten Theil auf die Resorption dieses Gases zurückzuführen. Ausser der schädlichen Wirkung des Rauchens als ein directes Irritans kommt noch in Betracht, dass durch die Giftwirkung auf das Nervensystem vasomotorische Störungen auf der Pharynxschleimhaut hervorgerufen werden.

Swain (New Haven) berichtet über den Fall einer jungen Frau, bei der infolge von Rauchen sich Beschwerden im Halse mit Beeinträchtigung der Nachtruhe eingestellt hatten.

J. W. Farlow glaubt, dass ein bis zwei Cigarren täglich unmittelbar nach der Hauptmahlzeit unschädlich sind. Der Mund soll nach dem Rauchen stets mit kaltem Wasser ausgespült werden.

Langmaid constatirt, dass viele der besten Sänger Raucher sind und dass das Rauchen weniger Einfluss auf die tiefen, als auf die hohen Töne hat.

James E. Newcomb (New York): Knochen und Knorpel in der Tonsille.

Vor 2 Jahren hat N. einen Fall in seiner Praxis gesehen, der eine 40jährige Frau mit vergrösserten Tonsillen betraf. Bei der Tonsillotomie schnitt das Instrument durch einen harten Körper, der sich nachher als die Spitze des Processus styloideus erwies. Die Patientin hatte keinerlei Beschwerden davon gehabt. Zwei Theorien bestehen über die Knorpelbefunde in den Tonsillen: Nach der einen handelt es sich um Reste des zweiten Branchialbogens; sie werden als Enchondrome betrachtet. Nach der anderen Theorie liegt hier eine knorpelige Umwandlung von Bindegewebe vor. Welche Theorie die richtige ist, lässt sich schwer entscheiden.

Cornelius G. Coakley (New York) constatirt, dass er bei seinen Untersuchungen über Branchialcysten überrascht war, häufig Knorpel und Knochen in diesen Cysten zu finden. Er hat auch bisweilen Knochen an der Vorderfläche des hinteren Gaumenbogens und im Zellgewebe unter der seitlichen Pharynxwand gefunden.

John O. Roe (Rochester) berichtet, dass er in einem Fall bei Entfernung

der Tonsille auf eine sehr harte Substanz kam. Es handelte sich um die Spitze des Processus styloideus.

Dritter Tag. 4. Juni.

Charles H. Knight: Ein angeblicher Fall von Stimmbandknötchen; Kehlkopfepitheliom; Thyreotomie; Tod.

Im Jahre 1902 wurde der Fall von mehreren Laryngologen untersucht. Einer von ihnen entfernte ein Stückchen mit der kalten Schlinge und bezeichnete als Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung. „Papillom des Kehlkopfs; Tendenz zur Malignität". Im December 1902 wurde, da eine erhebliche Reaction sich eingestellt hatte, die Thyreotomie gemacht, und man fand eine ausgedehnte Infiltration. Einige Minuten nach der Operation setzte sich Patient im Bett auf, schnappte nach Luft, wurde cyanotisch und starb plötzlich. Redner lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf das Aufflammen des Processes nach der durch die Probeexcision gesetzten Reizung, ferner auf die Frage nach der Beziehung zwischen mikroskopischem Befund und klinischer Geschichte, sodann auf die Möglichkeit einer Umwandlung gutartiger Geschwülste in bösartige.

F. A. Blois: Subglottische tuberculöse Veränderungen im Larynx.

In zwei Fällen des Redners war an der vorderen Larynxwand dicht unter den Stimmlippen eine Veränderung, die zuerst völlig wie ein Abscess aussah und später zu einem Ulcus wurde. In beiden Fällen, die zu Grunde gingen, war eine vorgeschrittene Lungentuberculose vorhanden.

John W. Farlow: Zwei Fälle von Pemphigus der Mundhöhle.

In beiden Fällen waren die Blasen so kurzlebig, dass es schwer war, sie vor dem Collabiren zu sehen. Redner giebt eine Beschreibung des Aussehens der Schleimhaut. Er bespricht dann die beiden Hauptklassen von Fällen: solche, in denen die Erkrankung auf Haut und Schleimhaut gleichzeitig vorkommt, und diejenigen, die allein die Schleimhaut betreffen, entweder die von Nase, Rachen, Kehlkopf und Conjunctiva zusammen oder nur an zwei oder mehreren dieser Stellen. Der Charakter der Erkrankung ist im Wesentlichen chronisch. Bezüglich der Behandlung empfiehlt F. vor Allem Sorge für die allgemeine Gesundheit, Waschungen von Mund und Nase und innerlich Arsen.

Thomas J. Harris: Primäre Ulceration der Tonsille nebst Bemerkungen über Tonsillargeschwür im Allgemeinen.

H. unterscheidet: Membrano-ulceröse Tonsillitis oder sogenannte Angina Vincentii, acute lacunäre ulceröse Tonsillitis; pseudo-diphtherische Ulceration; Gangrän der Tonsille, Syphilis und Tuberculose. Er beschreibt die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen nebst den bakteriologischen Befunden. Er macht auf die häufig vorkommenden secundären Ulcerationen der Tonsille aufmerksam infolge Diphtherie, Typhus, Tuberculose, Lupus, Syphilis und maligner Neubildung und bespricht die Diffentialdiagnose zwischen diesen und den primären Ulcerationen. Er legt grossen Werth auf die bakteriologische Untersuchung und

warnt vor der folgenschweren Verwechselung der primären Ulcerationen mit secundären, wie diphtherischen oder syphilitischen.

Herbert S. Birkett: Lupus des Rachens und Nasenrachens mit X-Strahlen behandelt.

B. berichtet über einen 15jährigen Knaben, der mit einem später an Tuberculose zu Grunde gegangenen Bruder in einem Raume wohnte. Patient war anscheinend gesund, klagte nur über erschwerte Nasenathmung. Es fanden sich lupöse Massen an der lateralen und hinteren Rachenwand, die sich nach dem Nasenrachen erstreckten und von starker Infiltration umgeben waren. Die Massen wurden entfernt, dann curettirt und Milchsäure eingerieben. Da keine Heilung eintrat, wurde Patient von April bis Juli 1903 mit Röntgentstrahlen behandelt, worauf die localen Erscheinungen völlig verschwanden. Februar 1904 zeigte sich eine kleine kranke Stelle vorn am Septum; dieselbe befindet sich jetzt unter derselben Behandlung in Heilung.

Braden Kyle: Broncholithen.

In den seltensten Fällen wird vor Expectoration des Concrements die Diagnose gestellt. Die Beschwerden werden meist als Asthma, Tuberculose, Bronchitis etc. gedeutet; sie bestehen in Husten, Dyspnoe und gelegentlich Hämoptoe. K. giebt einige Theorien über Ursprung und Bildung der Steine wieder; obwohl meist bei Tuberculösen beobachtet, finden sie sich auch bei Nichttuberculösen. Einen solchen Fall theilt Redner mit.

Zu correspondirenden Mitgliedern wurden ernannt: Prof. B. Fraenkel (Berlin); zu activen: Passmore Berens (New York), John M. Ingersoll (Cleveland) und Harris P. Mosher (Boston).

Vorsitzender für das nächste Jahr ist: Clarence C. Rice (New York).

Die Zahl der Mitglieder wird von 75 auf 100 erhöht. Emil Mayer.

IV. Briefkasten.

Das Garcia-Jubiläum.

Das Fest wird D. v. am 17. dieses Monats programmgemäss abgehalten werden und verspricht in jeder Beziehung der Gelegenheit würdig zu werden.

Eine ausführliche Beschreibung wird in der Aprilnummer gegeben werden, die mit Rücksicht auf das Datum des Festes etwas verspätet erscheinen dürfte.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, April. 1905. No. 4.

I. Die Feier des hundertjährigen Geburtstages Manuel Garcia's.

17. März 1905.

Das Fest, auf welches sich die Laryngologen der Welt seit so langer Zeit gefreut und vorbereitet hatten, die dem „Vater der Laryngologie" bei der Vollendung seines hundertsten Lebensjahres zugedachte Feier, hat am 17. März in würdigster und erhebendster Weise stattgefunden.

Am Morgen des 17. März empfing Seine Majestät, König Eduard VII. von Grossbritannien und Irland, den Jubilar im Buckingham Palace, drückte ihm in gütigster Weise Seinen persönlichen Glückwunsch zu seinem hundertsten Geburtstage aus und verlieh ihm zur Erinnerung an dieses einzige Fest und in Anerkennung dessen, was er für die Musik und die Laryngologie geleistet habe, das Commandeurkreuz Seines Hausordens. Zum Schlusse der Audienz hatte der König die Gnade, von dem Herausgeber des Centralblatts, der befohlenermaassen den Jubilar begleitete, eine „Avant la lettre"-Photogravure des Sargent'schen Porträts entgegenzunehmen, und ihm Seinen Wunsch auszusprechen, dass Sein diensthuender Oberkammerherr, Lord Suffield, an dem Festbankett als Sein persönlicher Vertreter theilnehmen möge, — eine weitere Auszeichnung, deren Mittheilung bei der Morgenfeier allseitige Freude hervorrief.

Vom Buckingham Palace begab sich der Gefeierte nach den Räumen der Royal Medical and Chirurgical Society in Hanover Square, wo sich mittlerweile ausser den Deputationen ein glänzendes und erlesenes Publikum eingefunden hatte. Im Vordergrunde des Saales hatten die Familie des Jubilars, die Vertreter des Deutschen Kaisers und des Königs von Spanien, der Maler des Bildes, die Deputationen der Royal Society, der Universität Manchester, der alten Schüler Garcia's, der Royal Academy of Music und des Royal College of Music, sowie die grosse Reihe der Deputationen laryngologischer Gesellschaften Platz genommen. Ihnen folgte das Garcia-Comité, und hinter diesem konnte die grosse Zahl der persönlichen Freunde und alten Schüler des Jubilars, sowie Vertreter der Musik und der Medicin, unter denen man einige der ersten Aerzte Englands,

so Sir William Broadbent, Sir Richard Douglas Powell, Sir Lauder Brunton, Mr. Timothy Holmes etc. etc. erblickte, kaum Platz finden.

Punkt zwölf Uhr betrat der Jubilar am Arme des Unterzeichneten, der in seiner Stellung als Vorsitzender des Garcia-Comité's als Herold bei der Morgenfeierlichkeit fungirte, den Saal. Von brausendem Beifall empfangen, nahm er auf erhöhter, von Blumen- und Palmenschmuck gezierter Estrade im Sitze des Präsidenten der Gesellschaft Platz und verneigte sich aber- und abermals als Zeichen des Dankes für den nicht endenwollenden Applaus, der sich stürmisch erneute, als der Unterzeichnete von der gnädigen Auszeichnung Mittheilung machte, die unserem ehrwürdigen Freunde soeben seitens des Königs von England zu Theil geworden war und als deren sichtbares Zeichen er das Band und das Kreuz des Victoria-Ordens trug.

Sodann ergriff der spanische Geschäftsträger, Marquis de Villalobar, das Wort, um Señor Garcia, der noch heute, nach fast 90jähriger Abwesenheit von seinem Heimathlande, ein patriotischer Spanier ist, die wärmsten Glückwünsche Seiner Majestät des Königs von Spanien auszusprechen, und um dem Könige von England sowie den wissenschaftlichen Gesellschaften und Universitäten der Welt den herzlichsten Dank seiner Regierung für diese, einem grossen Spanier gewidmete Feier zu sagen. Zum Schlusse bekleidete er Señor Garcia im Auftrage seines Königs mit dem Grosscordon des Ordens Alfonso des Zwölften, einer nur den ersten Vertretern der Kunst und Wissenschaft verliehenen Auszeichnung, welche ihrem Träger den Titel „Excellenz" verleiht.

Als sich der Jubel, welcher dieser Investitur folgte, gelegt hatte, hielt Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel, der sich auf ausdrücklichen Befehl Seiner Majestät des Deutschen Kaisers und Königs von Preussen als specieller Delegirter des Kgl. Preussischen Kultusministers zur Feier nach London begeben hatte, eine Anrede an den Jubilar, in welcher er seine Verdienste um die Wissenschaft feierte. Grossen Beifall erregte die geistreiche Wendung, dass am heutigen Tage Señor Garcia „das erste Jahrhundert seiner Unsterblichkeit" vollende! — Aber noch enthusiastischeren Applaus fand die Mittheilung, dass Seine Majestät der Kaiser dem Jubilar in Anerkennung seiner hervorragenden Verdienste um Kunst und Wissenschaft eine Auszeichnung seltenster Art, die grosse goldene Medaille für Kunst und Wissenschaft verliehen habe. Unter brausendem Jubel überreichte Prof. Fränkel dem ehrwürdigen Greise die Medaille.

Den Abgeordneten der Herrscher und Regierungen folgten die Delegirten der Akademieen und Universitäten.

Den Reigen eröffnete die Royal Society of London, vor der Garcia vor fast genau 50 Jahren den epochemachenden Vortrag gehalten hatte, in welchem die Erfindung des Laryngoskops und die ersten mit seiner Hülfe gemachten physiologischen Beobachtungen mitgetheilt worden waren. Die Glückwunschadresse der Royal Society, in welcher dieses Ereignisses dankbar gedacht ist, wurde von Sir Archibald Geikie (erstem Secretär der Gesellschaft), Professor Francis Darwin (Secretär für das Ausland) und Professor Halliburton, dem berühmten Physiologen, überbracht und von letzterem verlesen.

An die Gratulation der englischen Academie der Wissenschaften schloss sich ein warmes Glückwunschtelegramm ihres deutschen Schwesterinstituts, der preussischen Academie der Wissenschaften, das von dem vorsitzenden Secretär, Geh. Rath Waldeyer, unterzeichnet war und von Sir Archibald Geikie, einem correspondirenden Mitgliede der preussischen Academie, verlesen wurde.

Nunmehr folgte eine Adresse der Universität Königsberg, die vor mehr als 40 Jahren unseren Jubilar zum Ehrendoctor gemacht hatte, und in deren herzlicher, von warmem Beifall empfangener Gratulation der Wunsch ausgedrückt wurde, dass es der Universität vergönnt sein möge, bei Gelegenheit von Garcia's 50jährigem Jubiläum als Ehrendoctor sein Diplom zu erneuern.

Wie Königsberg, so drückten auch die Universitäten von Manchester (vertreten durch Prof. Stirling, Dr. Milligan und Dr. Moritz) und Heidelberg dem Jubilar ihre wärmsten Wünsche aus.

Die nächste Deputation, welche die früheren Schüler des Meisters repräsentirte, erweckte Erinnerungen an längst vergangene Zeiten. Ausser Mr. Charles Santley, Englands berühmtestem Bariton, und Mr. Ballin, der die Musiker im Comité vertreten hatte, gehörten ihr Mr. Otto Goldschmidt, der Gatte von Garcia's grösster Schülerin: Jenny Lind, sowie Madame Blanche Marchesi in Vertretung ihrer leider am persönlichen Erscheinen verhinderten Eltern: Salvatore und Mathilde Marchesi, wie endlich Herr Emanuel und Fräulein Stockhausen als Repräsentanten ihres Vaters, des grossen deutschen Sangmeisters: Julius Stockhausen, an, der, zu leidend, um persönlich seinem alten Lehrer zu seinem Jubelfeste zu gratuliren, seine Glückwünsche durch seine Kinder übermitteln liess. Baron Alfred de Rothschild, der ebenfalls als alter Schüler an der Deputation theilzunehmen hoffte, war im letzten Augenblick am Erscheinen behindert. — Die Begrüssung dieser Deputation und die herzlichen Worte, welche Blanche Marchesi und Otto Goldschmidt an den Meister richteten, gehören zu den rührendsten Momenten der Feier.

An die Deputation der alten Schüler schlossen sich Abordnungen der beiden Königlichen Musikinstitute Londons, der Royal Academy of Music, an der Garcia selbst viele Jahre als Lehrer gewirkt hatte, und des Royal College of Music. Beide überbrachten Glückwunschadressen. Unter den Delegirten befanden sich mehrere der ersten Musiker Englands, so Sir Alexander Mackenzie, Sir Hubert Parry, Sir C. Villiers Stanford, Sir Walter Parratt.

Und nun folgte die stattliche Schaar der „Kinder" des Jubilars: die laryngologischen Gesellschaften der Welt. In der Form von Deputationen, von Adressen, von Telegrammen, von Ernennungen zum Ehrenpräsidenten und zum Ehrenmitglied brachten sie ihrem Vater den Tribut ihrer Dankbarkeit und Bewunderung dar. In alphabetischer Reihenfolge aufgerufen, gratulirten nach einander:

1. Die amerikanische laryngologische Vereinigung.
2. Die belgische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft (Dr. Delsaux, Dr. Goris, Dr. Broeckaert).
3. Die Berliner laryngologische Gesellschaft (Dr. Landgraf, Dr. Kuttner, Prof. Gluck).



4. Die britische laryngo-rhino-otologische Association (Mr. Chichele Nourse, Dr. Percy Jakins, Mr. Stuart-Low, Mr. Dennis Vinrace, Dr. Andrew Wylie).
5. Die dänische laryngologische Gesellschaft.
6. Die französische laryngo-rhino-otologische Gesellschaft (Dr. Moure, Dr. Lermoyez, Dr. Texier, Dr. Molinié).
7. Die italienische laryngo-rhino-otologische Gesellschaft und die neapolitanische laryngologische Schule (Prof. Poli und Sir Felix Semon als Ehrenmitglied).
8. Die Londoner laryngologische Gesellschaft (Mr. Charters Symonds, Mr. de Santi, Dr. Davis und Mr. H. B. Robinson).
9. Die niederländische laryngo - oto - rhinologische Gesellschaft (Dr. Moll, Dr. Burger, Dr. Kan, Dr. Zaalberg).
10. Die New-Yorker Academie der Medicin. Laryngologische Abtheilung (Dr. Harmon Smith).
11. Die Pariser laryngologische Gesellschaft (Dr. Mahu, Dr. C. J. Koenig),
12. Die laryngologische Gesellschaft der rheinisch-westfälischen Industriebezirke (Dr. Hirschland).
13. Die St. Petersburger laryngologische Gesellschaft.
14. Die spanische laryngo-otologische Gesellschaft und die spanische Academie der Medicin und Chirurgie (Dr. Botella, Dr. Tapia).
15. Die süddeutsche laryngologische Gesellschaft (Dr. Avellis).
16. Die ungarische laryngologische Gesellschaft.
17. Die Warschauer laryngologische Gesellschaft.
18. Die westdeutsche laryngologische Gesellschaft (Dr. Fackeldey, Dr. Lieven).
19. Die Wiener laryngologische Gesellschaft (Prof. Chiari).

Ausserdem wurde Kenntniss davon gegeben, dass die laryngologischen Gesellschaften von Schweden, Moskau und Krakau, die medicinische Gesellschaft von Amsterdam, die japanische medicinische Gesellschaft, Seine Excellenz Wirkl. Geh. Rath Prof. Dr. Moritz Schmidt im Namen der neuen deutschen laryngologischen Gesellschaft, Dr. Birkett im Namen der Studenten der Mc Gill-Universität in Montreal, Dr. French in Brooklyn Glückwunschtelegramme gesandt hätten. Die Anzahl der privaten Gratulationsdepeschen belief sich auf mehrere Hunderte.

Besondere Freude gewährte es augenscheinlich dem Jubilar, als die Klänge seiner Muttersprache aus Dr. Botella's Munde zu ihm drangen. Auch die äusserst herzliche und intime Ansprache der Londoner laryngologischen Gesellschaft, der er seit ihrer Gründung so nahe steht, bewegte ihn tief. — Die Bemerkung des Unterzeichneten, wie rührend es sei, dass Russland und Japan trotz ihres Riesenkampfes unserer Feier gedacht hätten, erweckte sympathischen Beifall.

Den letzten Act der Morgenfeier bildete die Ueberreichung des Sargentschen Bildes und eines die Namen sämmtlicher Beitragenden enthaltenden Albums an den Jubilar seitens der Garcia-Comité's. Es gereicht dem Unterzeichneten hier zu ganz besonderer Freude, mittheilen zu können, dass seine zuversichtliche Er-

wartung: sowohl die laryngologische, wie die musikalische Welt werde sich in liberaler Weise an der Ehrengabe betheiligen, in reichem Maasse in Erfüllung gegangen ist. Die laryngologischen Gesellschaften, die musikalischen Körperschaften und etwa 800 private Zeichner haben im Ganzen etwa 17000 Mark zu dem Festgeschenk beigetragen, so dass nach Abzug der nicht unbeträchtlichen Kosten dem berühmten Maler, der uns in liebenswürdigster Weise entgegengekommen ist, ein seiner und unserer würdiges Honorar wird übermittelt werden können! —

Der Unterzeichnete gedachte in seiner Ansprache zunächst der treuen Hülfe, deren er sich bei seinen Bemühungen um das Gelingen des Festes seitens der Secretäre des Comité's (Dr. Francis Potter und Mr. Ph. de Santi), des leider durch Krankheit am Erscheinen verhinderten Schatzmeisters (Mr. W. R. H. Stewart), des Vertreters der alten Schüler Garcia's (Mr. Ballin) und des mit dem Arrangement der pathologischen Ausstellung für die Festsitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft betrauten Dr. Pegler zu erfreuen gehabt habe, und enthüllte dann unter brausendem Beifall der ganzen Festversammlung das wunderbare Sargent'sche Portrait des Jubilars, dessen grossartige Künstlerschaft und sprechende Aehnlichkeit mit dem Gefeierten immer neue enthusiastische Bewunderung hervorrief.

Zum Schlusse erhob sich unser ehrwürdiger Freund, um seinen Dank auszusprechen. Mit vor Rührung zitternder Stimme dankte er zunächst in innigen Worten den Herrschern, die ihn geehrt, den Academieen, den Universitäten, die ihn geehrt. Als er sich an seine alten Schüler wandte, übermannte ihn die Bewegung und er ersuchte den Unterzeichneten, den kleinen Rest der Rede, die er zu halten beabsichtigte, für ihn zu verlesen. Hierbei ereignete sich eine Episode, die allen, die bei der Feier gegenwärtig waren, unvergesslich bleiben wird. Gern folgte der Unterzeichnete dem Wunsche seines lieben alten Freundes. Als er aber an die Schlusssätze der Rede gelangte und sah, dass im nächsten Satze seiner eigenen Bemühungen um das Gelingen des Festes in viel zu schmeichelhafter Weise gedacht war, stockte er sehr begreiflicherweise. „Lesen Sie das, lesen Sie das!" — rief Garcia. Als der Unterzeichnete aber immer noch zögerte, erhob sich der Jubilar mit jugendlicher Lebendigkeit, rief aus: „Geben Sie mir das Manuscript, ich will es selbst lesen", und brachte seine Rede selbst zum Schluss.

Damit endigte die schöne, die unvergessliche Morgenfeier. Es war gelungen, die ganzen Verhandlungen in die Zeit von 65 Minuten zusammenzudrängen, da sämmtliche Redner in dankenswerthester Weise sich grösster Kürze befleissigt hatten, und Señor Garcia war zum Schlusse der Ceremonie nicht im mindesten ermüdet.

Dem Festakt folgte unmittelbar ein von Dr. St. Clair Thomson den fremden Delegirten und einer Anzahl britischer Laryngologen gegebenes Frühstück im Automobilclub. Dasselbe, an kleinen Tischen eingenommen, an denen der Gastgeber sehr geschickt auswärtige Gäste und einheimische Freunde in bunter Mischung

placirt hatte, verlief auf's Gemüthlichste und führte sofort zu internationaler Verbrüderung der Theilnehmer.

Aber nicht lange war denselben Ruhe vergönnt, denn schon um 3 Uhr begann die Festsitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft. Es war alles aufgeboten worden, um den ausländischen Fachgenossen eine Sammlung der interessantesten Fälle und Präparate makro- und mikroskopischer Natur zu zeigen, welche die Londoner allgemeinen und speciellen Hospitäler in unserem Fache aufzuweisen haben, und ihnen gleichzeitig ein Bild von der Thätigkeit der Londoner Gesellschaft zu geben. Das Vorgeführte schien denn auch lebhaftes Interesse zu erwecken und an der den Demonstrationen folgenden Discussion nahmen unsere Gäste lebhaften Antheil. Ein Bericht über diesen Theil der Feier wird seinerzeit von unserem ständigen Referenten für die Verhandlungen der Londoner laryngologischen Gesellschaft, Mr. Waggett, gegeben werden. Hier erübrigt es nur, noch einmal dem Präsidenten, Mr. Charters Symonds, und dem pathologischen Curator der Gesellschaft, Dr. Pegler, die sich um die Beschaffung des Materials ganz besonders verdient gemacht hatten, den verdienten Dank auszusprechen.

Um $^1/_2$8 Uhr Abends begann im grossen Saale des Hotels Cecil das Festbankett, an dem mehr als 400 Personen theilnahmen. Unter den Anwesenden bemerkte man ausser den fremden Gästen und den meisten derjenigen, die bei der Vormittagsfeier betheiligt gewesen waren, Lord Suffield, den Vertreter des Königs, Sir Lawrence Alma Tadema, Sir Edward Elgar, Sir James Reid, M. Paul Viardot, den Neffen des Meisters, und eine grosse Anzahl der bekanntesten Vertreter der englischen Medicin und Musik. Die Ehrentafel war von den auswärtigen Delegirten und hauptsächlichsten englischen Repräsentanten der genannten Kunst und Wissenschaft eingenommen. Zur Rechten des Präsidenten sass der Gefeierte, neben ihm Lord Suffield, dem der spanische Geschäftsträger und Madame Garcia folgten; zur linken Prof. Fränkel, Frau Stockhausen, M. Viardot und Mr. Sargent. Die Tischkarte wies unter der spanischen Flagge zwei Vignetten des Gefeierten auf, von denen die eine ihn um die Zeit der Erfindung des Laryngoskops, die andere ihn in seinem jetzigen Lebensalter darstellte. Das Mahl wurde in heiterster Stimmung eingenommen. Nach dem Dessert brachte der Präsident der Londoner Laryngologischen Gesellschaft, Mr. Charters Symonds, der den Vorsitz führte, zunächst den Toast auf den König, sodann einen Toast auf den Deutschen Kaiser und den König von Spanien aus, der zum Bankett noch eine persönliche Glückwunschdepesche sandte. Dann folgte der von dem Unterzeichneten ausgebrachte Toast auf den Jubilar, auf den derselbe in theilweise ernster, theilweise launiger Form erwiderte, und endlich der von dem Präsidenten ausgebrachte Toast auf die fremden Gäste, in deren Namen die Herren Stockhausen, Harmon Smith, Kuttner, Goris, Lermoyez, Burger, Poli, Botella und Chiari dankten. Ein charmantes Concert, an dem die Damen Blanche Marchesi und Ada Crossley, und die Herren Ben Davies und Oswald theilnahmen, brachte den officiellen Theil des durch grössten Enthusiasmus charakterisirten Festes zum Abschluss.

Am Sonnabend, dem 18. März, gab Prof. Gluck um 2 Uhr Nachmittags eine Demonstration neuerer Fortschritte in der Technik der Larynx-, Pharynx- und partiellen Oesophagusexstirpation.

Um 3 Uhr folgte dieser Zusammenkunft eine zwanglose Versammlung behufs Besprechung der von der Laryngologie gegenüber den Lissaboner Beschlüssen einzunehmenden Haltung, über die wir im Briefkasten dieser Nummer berichten.

Abends bewirtheten verschiedene Londoner Laryngologen — so Dr. Law und seine Gattin — die fremden Gäste, und nach dem Diner fand ein allgemeiner musikalischer Empfang bei dem Präsidenten der laryngologischen Gesellschaft, Mr. Charters Symonds, statt.

Am Sonntag Abend empfing der Unterzeichnete die auswärtigen Delegirten und eine grössere Anzahl britischer Laryngologen zu Tische im Deutschen Club. Die Theilnehmer hatten die grosse Freude, den Jubilar unter sich zu sehen, der in grösster Frische und heiterster Stimmung sich, wie er selbst sagte, durchaus „en famille" fühlte, und folgenden Trinkspruch ausbrachte, der von neuem von der „rührenden Bescheidenheit" Zeugniss ablegte, die, wie im Leitartikel der Märznummer gesagt wurde, ihn vor allem anderen charakterisirt:

Sir Felix and Gentlemen, — Vous ne vous attendez pas, sans doute, à ce que je fasse un discours. Si j'ose prendre la parole, c'est pour vous exposer, en quelques mots, une pensée qui m'obsède et que le grand éclat donné à la présentation qui a eu lieu a fait naître dans mon esprit.

Le rôle des personnages qui ont figuré dans cette célébration aurait du être interverti; les félicitations, les compliments vous appartiennent, et c'est à vous et à vos sociétés qu'ils auraient dus être adressés.

Il est de toute évidence que le petit instrument doit les succès qu'il a obtenus, absolument et uniquement à vous, Messieurs, et aux associations sur lesquelles vous présidez. Privé du puissant appui de votre science, il serait tombé dans un oubli complet (*et ego quoque).*

Par suite je me considère comme un usurpateur insigne qui accepte ce qui, en réalité, vous appartient, et c'est par acquit de conscience que je le confesse.

Ne pouvant pas changer ce qui est, je termine ces mots en exprimant ma très vive reconnaissance aux sociétés laryngologiques que vous représentez et à vous, Messieurs, qui, sans souci des inconvénients des voyages, êtes venus de tous les pays, même les plus lointains, pour féliciter le centenaire et, plus encore, pour l'honorer de leur approbation scientifique. Ainsi comblé, saura-t'il jamais manifester l'intensité de son appréciation, de sa reconnaissance?

Je ne pourrais conclure ces remarques sans exprimer mon admiration pour Sir Felix Semon, dont l'infatigable persévérance, unie à une rare puissance d'organisation, a réussi, à travers de nombreux obstacles, à organiser cette grande démonstration, inspirée uniquement par le désir d'honorer un vieil ami. Merci-encore-Merci!

Nach Tische begaben sich die Festtheilnehmer nach dem Hause des Unterzeichneten, wo inzwischen seine Gattin Madame Garcia, die Damen der aus-

wärtigen Delegirten und einige britische „Laryngologinnen“ bewirthet hatte, und wo später zahlreiche andere Freunde und Collegen mit ihren Damen sich eingestellt hatten. Bei den Klängen ungarischer Zigeunermusik und bei deutschem Fassbier steigerte sich die Gemüthlichkeit und erreichte ihren Höhepunkt, als um Mitternacht der Jubilar ein grosses Glas Bier auf das Wohl aller Festtheilnehmer leerte.

So endete das einzige Fest, das, wie wir wohl hoffen dürfen, in der Erinnerung aller Derer, die das Glück gehabt haben, an ihm theilzunehmen, unvergesslich bleiben wird! — Dem Jubilar hat es, wie bestimmt versichert werden kann, die grösste Freude gemacht und ihm, wenn auch spät, so Gott sei Dank, nicht zu spät, den Beweis gebracht, dass sein segenreiches Erdenwirken von seinen Zeitgenossen so anerkannt wird, wie es verdient! — Für die Laryngologie aber ist es ein Ehrentag gewesen, der sie zu weiteren Leistungen anspornen wird! —

Felix Semon.

II. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente.

1) **Herm. Streit** (Königsberg). **Ueber das Vorkommen des Skleroms in Deutschland.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 257. 1903.*

Verf. stellt die bisherigen Beobachtungen zusammen und fügt die Krankengeschichten von 4 neuen, in der Gerber'schen Klinik beobachteten Skleromfällen hinzu. Es handelt sich danach im Ganzen jetzt um 32, bezw. 33 Fälle, von denen einzelne allerdings noch nachzuprüfen wären; dieselben gehören in der Mehrzahl zwei Herden, in Ostpreussen und Schlesien, an, einzelne Fälle sind sporadisch aufgetreten. Die Invasion des Skleroms in Deutschland ist also eine nicht geringe und es ist ersichtlich, dass die bisher getroffenen Maassregeln zur Bekämpfung des Skleroms nicht genügen. Verf. fordert eine Erweiterung derselben und schlägt besonders die Anzeigepflicht, amtliche Nachforschungen in den Skleromkreisen, Begutachtung der verdächtigen und Isolirung der sicher constatirten Fälle vor.

F. KLEMPERER.

2) **S. Botella** (Madrid). **Peracute ödematöse Rhino-pharyngo-laryngitis. (Rinofaringo-laringitis edematosa peraguda.)** *Revist. de Especialidad. No. 20. Februar 1904.*

In dem mitgetheilten Falle traten häufig sich wiederholende Anfälle von heftiger Coryza mit Augenlid-Oedem und Gesichtsschwellung auf, begleitet manchmal von Husten und inspiratorischer Dyspnoe. Nach Verf.'s Ansicht lag die Ursache dieser Anfälle in der Hypertrophie der Nasenschleimhaut, denn nach Cauterisirung der Muscheln treten keine neue Anfälle mehr auf.

R. BOTEY.

3) **F. Blumenfeld. Zur Aetiologie und Therapie der Xerosen der Halsschleimhäute.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 476.*

Die trockenen Katarrhe der oberen Luftwege sind vorwiegend eine secundäre Erkrankung, Folge constitutioneller Leiden (Diabetes, Gicht, Syphilis u. a.) oder

localer Erkrankung der Nase und des Rachendaches (Nebenhöhlenaffectionen, Ozaena u. a.). Die allgemeine Behandlung der ersteren, die chirurgische Therapie der letzteren muss der localen Therapie der Xerose vorangehen. Für diese selbst empfiehlt Verf. das Jodipin, von dem er 1—2 ccm vom Munde aus in die Rachenhöhle unter gelindem Druck, anfangs täglich, später in längeren Pausen einspritzt.

F. KLEMPERER.

4) **S. Saltykow** (Basel). **Ueber die sogenannten Amyloidtumoren der Luftwege und des Anfangstheils des Verdauungscanals.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 321. 1903.*

S. berichtet über die histologische Untersuchung eines Amyloidtumors des Larynx und eines Amyloidtumors der Zunge. Mit diesen beiden sind jetzt insgesammt 18 Fälle von Amyloidtumoren der Luftwege und des oberen Verdauungstractus beim Menschen bekannt. Klinisch kommt diesen Geschwülsten keinerlei Besonderheit zu. Anatomisch sind sie durch das Auftreten der Amyloidsubstanz gekennzeichnet, welche in Form von Schollen, Klumpen, Feldern, Blöcken erscheint, aber auch in bandartigen Gebilden, die erweiterten Lymphgefässen zu entsprechen scheinen. Eigenthümlich ist diesen Tumoren ferner die Entstehung von Riesenzellen, die als eine reactive Wucherung infolge des Reizes seitens der Amyloidklumpen zu deuten sind. Der localen Amyloidose scheint eine chronische locale Entzündung oder eine längere Zeit bestehende Geschwulst vorauszugehen: auch scheint ein Zusammenhang mit Knorpelgewebe zu bestehen, indem die Amyloidtumoren immer in der Nähe präexistirenden Knorpels sich finden, zweitens ihre Entstehung im Anschluss an multiple Ecchondrose beobachtet wurde, drittens sehr oft in Amyloidgeschwülsten Knorpel-Neubildung vorkommt.

F. KLEMPERER.

5) **D. Braden Kyle. Pathologie der malignen Geschwülste der oberen Luftwege. (Pathology of malignant growths of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 10. December 1904.*

Verf. bespricht besonders die Frage von dem vermeintlichen Uebergang gutartiger Geschwülste in bösartige. Er ist der Ansicht, dass ein solches Bösartigwerden benigner Tumoren niemals statthat, dass dagegen diese eine Prädisposition für bösartige Neubildungen abgeben in dem Sinne, dass da, wo eine gutartige Neubildung Sitz einer Irritation ist, sich an ihr leichter ein Carcinom oder Sarkom bildet, als wenn keine gutartige Neubildung vorhanden gewesen wäre.

LEFFERTS.

6) **Hertz. Sechs Fälle von Fremdkörpern in den Athmungsorganen. (Szesc przypadkow cialobcych w drogach oddechowych.)** *Med. No. 38. 1904.*

Verf. beschreibt derartige Fälle bei 5 Kindern und einer Frau mit günstigem Verlauf. In einem Falle wurde der Fremdkörper (es war ein Stückchen Glas) durch die Tracheotomiewunde entfernt; im zweiten und dritten Falle wurde eine Erbse nach einigen Tagen ausgehustet; im vierten wurde der Kürbiskern durch die Tracheotomiewunde ausgehustet; im fünften wurde ein Kastanienstück in die Glottis eingekeilt und mit der Zange entfernt. Im sechsten befand sich bei einer

45jährigen Frau eine Nadel in der Glottis der Art, dass das eine Ende sich an die hintere Larynxwand, das andere an die untere Epiglottisfläche anlehnte. Die Nadel wurde mittelst Larynxpincette entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

7) **Nowotny. Fremdkörper in der Nase, Rachen und Schlund, welche in den letzten 2 Jahren vom Verfasser entfernt worden sind. (Ciala obce w nosie, gurole i przelyku wydobyte w przeciagu ostatnich dwich sact.)** *Przegl. Lek. No. 48. 1904.*

14 Fälle betreffen Fremdkörper in der Nase, von welchen 10 von aussen in die Nase eingeführt worden sind, 2 waren Rhinolithen und 2 stellten unregelmässig in die Nasenhöhle hineingewachsene Zähne dar. Aus den Gaumentonsillen wurden 5 Fremdkörper entfernt. In der hinteren Rachenwand waren in 5 Fällen Fremdkörper eingekeilt, In 3 Fällen fiel der Fremdkörper in den Schlund. In 16 Fällen handelte es sich um in den Schlund eingekeilte Fremdkörper. Einige davon wurden mittelst des Gräfe'schen Instruments, einige mittelst Pincette entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

8) **Hölscher** (Ulm). **Zur Casuistik der Fremdkörper in Nase und Ohr.** *Med. Corresponzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 13. 1904.*

Schuhknopf aus der Nase eines 3jährigen Mädchens entfernt. Es gelang ein Häkchen in die Oese des Knopfes einzuführen und somit ging die Extraction sehr leicht von statten.

SEIFERT.

9) **Nowotny. Beitrag zur Casuistik der inspirirten Fremdkörper.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 8. 1904.*

Mittheilung von 3 Fällen aus der Klinik von Pieniażek; in zweien wurde ein Fremdkörper — eine Bohne und im anderen Falle ein Kirschstein — operativ entfernt.

SCHECH.

10) **Appel. Zur Frage nach dem Schicksal verschluckter Fremdkörper.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1904.*

Bei einem 62jährigen Manne, der, ohne es zu wissen, einen Knochen verschluckt hatte, stellten sich seit seinem 40. Jahre krampfhafte Schmerzen in der Lebergegend sowie Stuhlverstopfung ein, und zwar anfallsweise, anfangs täglich, dann mehrmals im Jahre, schliesslich alle 2—3, ja selbst 5 Jahre. Im Jahre 1902 Tumor und Schmerzen in der linken Leistengegend und -Kanal; bei der Operation fand sich ein gebogener arrodirter Knochen von Streichholzdicke und $2^1/_2$ cm Länge.

SCHECH.

11) **Duchesne. Die Injectionen mit Paraffinproducten in der Oto-rhino-laryngologie. (Les injections de produits paraffinés en Oto-rhino-laryngologie.)** *Annales de la Soc. Médico-Chir. de Liège. No. 1. 1904.*

Der Autor giebt einen Bericht über die Injectionen mit Paraffin-Vaselin von Gersuny und Stein an bis zu der Vervollkommnung der Methode durch Eckstein, Broeckaert, Delie, Viollet etc. mit besonderer Berücksichtigung der Broeckaert'schen Methode, welche der Autor im Wesentlichen eingeschlagen hat. Nach Schilderung seines Verfahrens geht er auf die einzelnen Indicationen

dazu ein und widmet eine besondere Besprechung den Paraffininjectionen bei der Behandlung der Ozaena, zu welcher Injectionen von über 45° flüssigem Paraffin genügen. Er citirt die wunderbaren Erfolge, welche gewisse Autoren damit erzielt und die nur noch die Probe der Zeit zu erbringen haben. BAYER.

12) **Broeckaert. Ueber die kalten Paraffininjectionen; Vorzeigen von Instrumenten.** *La Belgique Méd. No. 37. 1904.*

In der Sitzung der Genter medicinischen Gesellschaft am 6. September 1904 macht B. eine Mittheilung über kalte Paraffininjectionen und zeigt ein von ihm zu diesem Zweck construirtes Instrument vor. B. hat seine neue Methode an einer gewissen Anzahl Ozaenakranker erprobt und hält dieselbe, wenn gut ausgeführt, für absolut ungefährlich; er ist überzeugt, dass sie ein sehr wirksames Heilmittel, ja beinahe die ideale Behandlung für eine so hartnäckige Affection darstellt, wie sie die fötide chronische Rhinitis zu sein pflege. BAYER.

13) **C. Compaired** (Madrid). **Die Injectionen von Paraffin in Rhino-Laryngologie. (Les injecciones de parafino en rino-laringologia.)** *El Siglo Médica. No. 3. Enero 1904.*

Verf. behandelt die Affectionen, welche sich zur Anwendung der Paraffinmethode eignen, insbesondere die Ozaena und Deformationen der Nase. Im Anschluss daran Besprechung eines klinischen Falles. R. BOTEY.

14) **Jul. Schleifstein** (Warschau). **Das Paraffin als kosmetisches Heilmittel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 3. S. 447.*

Auf Grund der bisherigen Erfahrungen und eigener Thierversuche hält Verf. zu Heilzwecken in geeigneten Fällen einen Versuch mit einer Paraffinprothese für unbedingt geboten; zu kosmetischen Zwecken aber soll eine Paraffinprothese als ein nicht vollständig unschädliches Mittel nur bei sehr auffallenden Verunstaltungen und auf den Wunsch des Patienten angewandt werden. Das harte Paraffin, von 54° oder noch härter, ist für die Anwendung beim Menschen geeigneter, als das bei 36—42° schmelzbare. Das injicirte Paraffin wird im Laufe der Zeit theilweise von einem compacten Bindegewebe durchwachsen, wodurch indess seine Rolle nicht beeinträchtigt wird. F. KLEMPERER.

15) **J. Cisneros** (Madrid). **Bericht über das Penghawar. (Nota acerca del pengawar.)** *Boletin de Laringologia. Marzo/Abril 1903.*

Verf. giebt das Resultat seiner Beobachtungen hinsichtlich des Penghawar-Yambee als Haemostaticum. C. glaubt, dass bei leichten postoperativen Blutungen der Nasenhöhlen das Penghawar mit gutem Erfolge angewandt werden kann; aber bei grösseren Blutungen bliebe es erfolglos oder wäre höchstens als Stillungsmittel der Jodoformgaze gleichzustellen. R. BOTEY.

16) **Saenger** (Magdeburg). **Wasserstoffsuperoxyd bei Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Deutsche Aerzte-Zeitung. No. 22. 1904.*

S. empfiehlt $1^1/_2$ proc. Lösung zum Einschlürfen oder Eingiessen in die Nase bei Nasenkrankheiten, 6proc. Lösung zur Nachbehandlung nach Kehlkopf- und Rachenoperationen, zur Behandlung der Angina lacunaris und der Diphtherie,

2—3proc. Lösung (Einspritzen vom Munde aus) für die Entfernung von Sekretansammlungen im Nasenrachenraum, 1—3proc. Lösung zu Ausspülungen bei Eiterungen der Nasennebenhöhlen.

SEIFERT.

17) **Dubar. Das Stovain in der Oto-Rhino-Laryngologie. (La stovaine en oto-rhino-laryngologie.)** *Progrès méd. 26. November 1904.*

Verf. theilt 19 Fälle mit, in denen er das Stovain als Anaetheticum angewandt hat (adenoide Vegatationen, Abtragung oder Schlitzung der Tonsillen, Hyperplasie der Muschelschleimhaut, acute Mittelohrentzündung etc.).

Er kommt zu dem Resultat, dass Stovain ein ausgezeichnetes Anaestheticum darstellt, das sehr wirksam ist und wegen seiner geringen Giftigkeit den Vorzug vor dem Cocain verdient. Er ist bis zur Anwendung von 25 cg gestiegen, ohne irgend welche Nebenerscheinungen zu sehen. Er hat niemals, wie Réclus berichtet, eine gefässerweiternde Wirkung gesehen, was für ihn einen Vortheil darstellt, weil so keine Abschwellung der Gewebe eintritt und man diese in ihrem normalen Zustand betrachten kann. Ein anderer Vorzug besteht darin, dass das Stovain billiger ist als das Cocain. Verf. wendet eine 10—20proc. Lösung in destillirtem Wasser oder in Kochsalzlösung an.

A. CARTAZ.

18) **Jos. C. Beck. Versuche mit Radium bei einigen Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten. (Experiments with radium in some nose, throat and ear diseases.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Verf. berichtet über 11 Fälle von Hals- und Ohrenkrankheiten, die mit Radium behandelt wurden. Er erkennt der Methode einen gewissen Werth zu, hält aber auf Grund der vorliegenden Resultate bisher jeden Enthusiasmus für unangebracht.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **F. Alt. Die Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Nase und des Ohres.** (Nach einem Vortrage.) *Wiener med. Presse. No. 16. 1903.*

Hinweis auf die Häufigkeit der Mittelohrinfectionen auf dem Wege der Tuba Eustachii. Oft kommt die Otitis durch eine Mischinfection zu Stande, hervorgerufen durch alle jene Bacterien, die normalerweise im Nasenrachenraum angetroffen werden. Warnung vor unzweckmässigem Schneuzen, forcirten Nasenausspritzungen sowie vor Aufziehen von Wasser aus der Hohlhand, namentlich bei acuten Katarrhen der Nase, an welche Proceduren Alt häufig Otitiden sich anschliessen sah. (Sehr richtig! Ref.)

CHIARI.

20) **Marc. Paunz** (Budapest). **Ueber den rhinogenen Hirnabscess.** *Archiv. f. Laryngol. u. Rhinol. Bd. XIII. H. 3. S. 427. 1903.*

Auf Grund einer eigenen Beobachtung, über die er ausführlich berichtet, und der in der Literatur vorhandenen etwa 30 Fälle bespricht Verf. die Pathogenese, die Symptomatologie und die operative Behandlung des rhinogenen Hirnabscesses.

F. KLEMPERER.



21) Oscar Wilkinson. **Eine Untersuchung über Kopfschmerzen in Beziehung zu Erkrankungen der Nase und des Nasenrachens. (A study of headache in relation to diseases of tho nose and naso-pharynx.)** *Washington Medicals Annals. Mai 1904.*

Verf. zählt die verschiedenen Nasenaffectionen auf, zu deren Symptomen Kopfschmerzen gehören.

EMIL MAYER.

22) Agostino Carbone. **Beitrag zum Studium der Augenerkrankungen nasalon Ursprungs. (Contributo allo studio delle affezioni oculari d'origine nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. 2. Juni 1904.*

Verf. giebt eine Aufzählung der verschiedenen Augenaffectionen, die er in Combination mit Nasenerkrankungen gesehen hat. Er unterscheidet zwei Klassen: Affectionen reflectorischen Ursprungs (Blepharospasmus, Photophobie, Asthenopie, reflectorische Conjunctivalinjection, Gefässdilatation durch Trigeminusreizung) und per continuitatem fortgeleitete Affectionen (acute einfache Coryza, Influenzaschnupfen, Rhinitis diphthorica, purulenta, erysipelatosa, chronische Rhinitis etc.). Diese zweiten auf dem Wege des Thränennasencanals fortgeleiteten Affectionen haben darum grosse Bedeutung, weil hier das Bestehen der Nasenerkrankung oft Grund ist für die Erfolglosigkeit der Augenbehandlung und weil sie nach Augenoperationen Anlass zu schweren postoperativen Infectionen geben können.

FINDER.

23) Kutvirl (Prag). **Dermoidcyste der Nasenwurzel.** *Sbornik Klinicki. Heft 4. 1903.*

Angeborene Geschwulst an der Nasenwurzel, die mehrere Fistelgänge aufwies.

CHIARI.

24) Leduc. **Vernarbung eines Cancroids der Nase nach einmaliger elektrolytischer Application von Chlorzink. (Cicatrisation d'un cancroide du nez après une séance d'introduction électrolytique do chlorure de zinc.)** *Arch. d'électricité méd. 15. December 1903.*

Das seit 5 Jahren bestehende Cancroid der Nase war ohne Erfolg mit allen möglichen Mitteln behandelt worden. Verf. legte in die Nase und auf die Oberfläche des ulcerirten Cancroids einen mit 1proc. Chlorzinklösung gesättigten Wattetampon. Eine den Tampon festhaltende Pincette wurde mit dem positiven Pol einer Batterie in Verbindung gesetzt, während der negative Pol in einer grösseren indifferenten Elektrode endete, die auf den Arm gesetzt wurde. Man liess 12 Minuten lang einen Strom von 8 Milliampères hindurchgehen. Zehn Tage später war die Vernarbung eine vollständige und bisher ist kein Recidiv aufgetreten.

A. CARTAZ.

25) W. W. Keen. **Rhinophym. (Rhinophyma.)** *Annals of surgery. Mai 1904. N. Y. Medical Record. Juli 1904.*

Verf. beschreibt einen Fall von Rhinophym, der aus einer Acne rosacea resultirte. Er operirte derart, dass er den centralen Theil der Geschwulst vom oberen Rande der erkrankten Partie nach unten bis zur Nasenspitze mittels einer ellip-

tischen Incision excidirte, deren Längsdurchmesser dem Nasenrücken entsprach. Dann vernähte er die Ränder. An den Nasenflügeln begnügte sich Verf., da es unmöglich war, einen passenden elliptischen Schnitt zu erhalten, damit, das hypertrophirte Gewebe einfach abzuschneiden. Die Blutung war mässig; es war nicht nöthig, auch nur ein Gefäss zu unterbinden. Es genügte dazu die Anlegung der Klemmen für ein paar Minuten, sowie die Nähte; auf der rauhen Oberfläche, wo das hypertrophische Gewebe abgeschnitten worden war, wurde etwas Adrenalinlösung applicirt. Die Heilung ging schnell vor sich und war eine völlige.

LEFFERTS.

26) **Kutvirl** (Prag). **Nervöses Nasenbluten.** *Lekarskyet rozhledu. X. 10. 1903.*

Die Blutung, für die keine locale Ursache zu finden war, trat bei einem hochgradigen Neurastheniker nach jeder psychischen Alteration — namentlich Angst — auf und sistirte bei Beruhigung des Patienten, z. B. durch die Gegenwart des Arztes, prompt.

CHIARI.

27) **Notiz des Herausgebers. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Colorado Medical Journal. August 1904.*

Wenn die Blutung nicht mittels Eisenchlorid (1 : 50) gestillt werden kann, so empfiehlt sich, den hinteren Theil der Nase mittels eines Gemisches von Gelatine und Paraffin zu tamponiren und dies einige Tage liegen zu lassen.

EMIL MAYER.

28) **H. Tilley** (London). **Epistaxis, ihre Ursachen, Bedeutung und Behandlung. (Epistaxis, its causes, significance and treatment.)** *The Clinical Journal. London. 1. Juni 1904.*

Klinische Vorlesung über Nasenbluten und die hauptsächlichen Methoden zu seiner Behandlung.

JAMES DONELAN.

29) **Richard Imhofer. Gelatine bei Epistaxis.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 16. October 1903.) *Wiener klin. Rundschau. No. 32. 1904.*

Demonstration von in kleine Glaskolben abgetheilte, mit geringem Karbolzusatz sterilisirte Gelatinedosen, welche auf Wattewickeln applicirt werden.

CHIARI.

30) **Joseph** (Berlin). **Nasenverkleinerungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. 1904.*

Verf. kann über 43 (30 Männer, 13 Frauen) Fälle von operativer Nasenverkleinerung berichten. Es wird totale und partielle Rhinomiosis je nach der Grösse der deformirten Theile der Nase unterschieden. Bei der Verschmälerung der knöchernen Nase wird der Processus frontalis intranasal durchsägt, von einem Einstich unter der Nasolabialfalte aus, ohne spätere sichtbare Narbe. Zur Sicherung der dann in mediale Stellung gebrachten knöchernen Nasenseitenwände zur Nasenverschmälerung dient eine besondere Nasenklemme, die nach Abschwellung etwa 10 Tage getragen wird. Zur Entfernung überflüssiger Haut zu grosser Nasen und Nasenflügel bedient sich Verf. besonderer durch Zeichnungen erläuterter Schnittformen. Zu grosse Nasenhöcker werden mit dem Meissel abgetragen. Bei

Aufblähung der dreckigen Knorpel macht Verf. aus ihnen, sowie der sie bedeckenden Haut und Schleimhäute einen spindelförmigen Ausschnitt. Die hängende Nasenscheidewand kann durch pilzförmigen Ausschnitt verkleinert werden. Verf. erörtert unter den Indicationen zur Operation „psychische Depressionszustände", die sich „aus Anlass der Nasenverbildungen" bei einzelnen Patienten eingestellt hatten.

ALBANUS ('ARNIKO).

31) **Sawicki. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Sattelnase. (Przyczynek do leczenia nosa zapadniętego sbosobem Israela.)** *Gazeta Lekarska. No. 45 u. 46. 1903.*

Nachdem Verf. kritisch die verschiedenen chirurgischen Methoden eingehend besprochen hat, beschreibt er 2 Fälle, bei welchen die sattelförmige Nase infolge bedeutender Traumen entstanden war und einen dritten wahrscheinlich nach vor vielen Jahren durchgemachter luetischer Erkrankung. In allen diesen Fällen wurde die Israel'sche Methode (Transplantation eines Knochenstückchens mit Periost 3—4 cm lang, aus der Tibia entnommen) angewendet, und zwar mit sehr günstigem Erfolge, was Correctur der Nase anlangt, wie Verf. mit entsprechenden photographischen Aufnahmen illustrirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

32) **Carl Beck. Ein neues rhinoplastisches Verfahren. (A new procedure in rhinoplasty.)** *N. Y. Medical Record. 27. Februar 1904.*

Vor einigen Jahren war bereits eine Rhinoplastik gemacht worden; das Resultat war aber dadurch wieder gestört worden, dass der Process, wegen dessen die Operation gemacht worden war, nämlich ein Epitheliom, sich ausgebreitet hatte. Für eine neue Plastik fand sich kein Material im Gesicht, es wurde also ein Lappen vom Arm genommen; das Resultat war zunächt gut, dann trat ein Recidiv auf, dem wieder die halbe Nase zum Opfer fiel. B. nahm nun einen breiten dreieckigen Lappen von der Unterlippe. Es wurde so eine Schleimhaut erhalten. Ein anderer Vortheil bestand in der Dicke des Gewebes. Nach der Operation wollte B. Röntgenstrahlen anwenden.

LEFFERTS.

33) **Carl Beck. Ein Fall von Rhinoplastik. (A case of rhinoplasty.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1904.*

Der Fall war nicht viel versprechend, weil die gewöhnlich zur Deckung des Defects benutzten Gewebe hier total zerstört waren. Patient war bereits nach der französischen Methode, dann mittels der italienischen Methode, d. h. mit Entnahme eines Lappens vom Arm her, operirt worden. B. nahm den Lappen von der Unterlippe, eine bis dahin noch nicht versuchte Art der Operation. Dies hatte den Vortheil, dass eine Schleimhaut implantirt wurde und dass der Lappen nicht breiter als nöthig zu sein brauchte, da infolge der Dicke der Lippe keine Schrumpfung eintreten würde.

LEFFERTS.

34) **Joseph Wiener. Operation wegen congenitaler Sattelnase mittels Einführung einer Celluloidplatte. (Operation for congenital saddle nose by introduction of a celluloid plate.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1904.*

Gegenüber den bei Paraffininjectionen bisweilen auftretenden gefährlichen

Zufällen berichtet Verf. über eine von ihm vor Jahren mit Erfolg angewandte Methode zur Correction von Sattelnasen. Es handelt sich um die subcutane Einlegung einer Celluloidplatte.

LEFFERTS.

35) **O. Laurent. Die Rhinoplastik. (La Rhinoplastic.)** *La Clinique. No. 23. 1904.*

L. bespricht zuerst die Traumen der Nase; dann die leichteren Entstellungen, schliesslich die Nasendestructionen. Er geht dann über zur Besprechung der einzelnen Operationsmethoden und deren Technik, so der totalen Rhinoplastik mit Stirnlappenbildung (Indische Methode), der totalen Rhinoplastik nach Nélaton, indicirt bei Skelettzerstörungen; der Sattelnase; den subtotalen Verlust der Nase; die interne Prothese nach Martin; Restauration der Nasenspitze, Restauration des Septums; Substanzverlust des Nasenrückens und der Nasenseitenwände etc.

BAYER.

36) **Greifenhagen. Ueber Rhinoplastik mit Demonstrationen.** (Protokoll des Revaler Aerztetages.) *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 37. 1904.*

Demonstration von zwei Fällen. In einem Falle nach Paraffin Hypereffect und Abscessbildung. Zweimal nachoperirt, Paraffinschollenentfernung und Keilincision. Schliesslich, abgesehen von Narben, guter Erfolg.

P. HELLAT.

37) **J. Broeckaert. Nasenprothese vermittelst Combination von einer Autoplastik und von Paraffininjectionen. (Prothèse nasale par l'action combinée d'une autoplastic et d'injections de paraffine.)** *La Belgique Méd. No. 46. 1904.*

B. ist es gelungen, durch die geschickte Combination von Paraffininjection mit einem sehr einfachen Verfahren von Autoplastik eine infolge von lupöser Läsionen mit nachfolgender Einschrumpfung der Haut eingesunkene Nase zu restauriren und eine zu gleicher Zeit bestehende Atresie des rechten Nasenloches durch eine Mycteroplostik zu beseitigen.

BAYER.

38) **Hölscher** (Ulm). **Beitrag zur Correctur von Sattelnasen durch Paraffineinspritzungen.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereins. No. 36. 1904.*

Kurze Mittheilung eines Falles von schwerer unregelmässiger traumatischer Verunstaltung der ganzen Nase, in welchem es gelang, in einer Sitzung von einer Einstichstelle aus die Correctur vorzunehmen.

SEIFERT.

39) **A. Sigaux. Die Nachtheile der subcutanen Paraffininjectionen. (Étude sur les inconvenientes des injections sous-cutanées de paraffine.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die unangenehmen Zufälle, die bei Paraffininjectionen beobachtet worden sind. Er findet, dass die Methode zu häufig angewandt wird und dass die Fälle, in denen sie gerechtfertigt ist, selten sind.

A. CARTAZ.

40) **Leo R. Grumer. Die Behandlung der Nasendeformitäten durch subcutane Injectionen von Hartparaffin. (The treatment of nasal deformities by subcutaneous injections of hard paraffin.)** *Maritime Med. News. September 1903.*

Im ersten Fall des Verf.'s bildete sich auf der Nasenhaut ein erbsengrosser Schorf: derselbe verschwand aber wieder und liess keine Spuren zurück.

EMIL MAYER.

41) **Wm. F. Clevenger. Paraffininjectionen zur Correction von Nasen- und sonstigen Deformitäten. (Paraffinie injections for the correction of nasal and other deformities.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. März 1904.*

Um Embolie, Verbrennung und Deformitäten zu vermeiden, soll man das Paraffin von einem Schmelzpunkt von ca. 44° brauchen und es in einem halbfesten Zustand injiciren. Man soll sich auch davor hüten, zu grosse Mengen einzuspritzen. Ist infolge Nichtbeachtung dieser Regel eine Deformität eingetreten, so ist diese nur auf chirurgischem Wege zu beseitigen.

EMIL MAYER.

42) **Szleifstein. Ein Fall von Sattelnase mit Paraffininjectionen behandelt. (Z posiedzen laryngologiczno-otyatrycznych.)** *Medycyna. No. 44. 1903.*

Verf. demonstrirte in der laryngologischen Gesellschaft einen entsprechenden Fall, wo der Erfolg sich als ein sehr guter erwies. In der Discussion, an welcher sich Sokolowski, Wróblewski, Szebrny u. A. betheiligten, wurde die Frage eingehend besprochen.

A. v. SOKOLOWSKI.

43) **James J. Campbell. Paraffinprothese. (Paraffin prothesis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1903.*

Infolge Injection zu grosser Paraffinmenge war ein Abscess entstanden.

EMIL MAYER.

44) **Kofmann** (Odessa). **Eine einfache Methode zur Wiederaufrichtung der eingesunkonen Nasenflügel.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 24. 1904.*

In Fällen von eingesunkenen Nasenflügeln empfiehlt K. Paraffineinspritzung, Narbenlösung, intracutane Spaltung des Nasenflügels und Erweiterung des Nasenloches durch Tamponade.

SEIFERT.

45) **Seyffert** (Dresden). **Ein neues Nasenspeculum.** *Mon. f. Ohrenheilkunde. No. 10. 1903.*

Das aus zwei Branchen, welche sich durch Führungsstifte der einen in schräg zu einander stehenden Schlitzen der anderen Branche ineinander verschieben lassen, bestehende Instrument ist von H. Windler in Berlin zu beziehen und scheint manchen Vortheil zu besitzen.

SCHECH.

46) **Eugen Urbantschitsch. Ein selbsthaltendes Nasenspeculum.** *Mon. f. Ohrenheilkde. No. 12. 1903.*

Dasselbe ist zu haben bei H. Reiner (Wien IX), van Swietengasse 10 und ist an einem Brillengestelle befestigt.

SCHECH.



47) **Killian** (Freiburg). **Rhinophantom zum Gebrauch des klinischen Unterrichts. (Rhino-fantome destiné à l'enseignement clinique.)** *Le Presse oto-laryngol. Belge. No. 9. 1903.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. Otho-rhino-laryngol. Gesellschaft; Sitzung vom 7. Juni 1903. BAYER.

c. Mundrachenhöhle.

48) **H. Zwaardemaker. Die Schluckathembewegung des Menschen.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. H. 1 u. 2. S. 57. 1904.*

Steiner beschrieb 1883 während des vom Laryng. sup. aus erzeugten Athemstillstandes abortive den Schluckakt constant begleitende Respirationsbewegungen. Beim Menschen sind sie bisher nicht genau verfolgt. An einem Patienten, dem eine grössere Zahl von Rippen resecirt und der Defect durch eine plastische Operation von Haut bedeckt war — es restirten ausser der gesunden rechten Seite links nur die zwei oberen Rippen und ein Theil der Lunge; im Grunde des Defects sah man das Herz und das hintere Mediastinum; nach unten schaute man auf das Diaphragma — beobachtete Z. mittelst des Phrenographen zunächst vollkommenen Synchronismus der drei Bewegungen der oberen Thoraxcircumferenz, des Epigastriums, des Diaphragma, ferner die Schluckathmung. Die Athembewegungen werden von dem Kauen nicht gestört. Wird aber während des Exspiriums geschluckt, so wird die exspiratorische Phase der Athembewegung verlängert; bevor sie ganz beendigt ist, schiebt sich die Schluckathmung ein, die ganze Athemperiode wird um ungefähr 25 pCt. verlängert. Wird während der Inspirationsphase auf Commando geschluckt, so wird die bereits begonnene Inspiration abortiv, d. h. es wird nur die Hälfte oder ein Drittel der gewöhnlichen Excursion erreicht und in Folge dessen fällt die Schluckathmung doch wieder in die Exspirationsphase. Spontane Schluckathembewegungen fallen stets in die Exspirationsphase; während in absichtlich hervorgerufener Athempause veranlassten Schluckens tritt auch Schluckathmung auf, desgleichen während des Trinkens; die Schluckathembewegung verzeichnet sich dabei in der nun nicht absteigenden, sondern in der horizontal geschriebenen phrenographischen Linie.

Die Exspiration, in welcher eine Schluckathembewegung eingeschoben ist, fällt anfangs steiler ab als gewöhnlich. Der sich an die Schluckathmung anschliessende Theil der Exspiration ist tiefer als der letzte Theil einer gewöhnlichen Inspirationsbewegung. Die Excursion des Diaphragma während einer Schluckathembewegung beträgt 30—60 ccm (normales Athemvolumen eines Athemzuges 250—300 ccm). Die Aspiration des Luftquantums bei der Schluckathmung erfolgt unmittelbar nach Zusammenziehung der Mylohyoidei und noch vor dem Glottisschluss durch Aufnahme eines Rhinopharyngogramms, d. h. der Curve des im Rhinopharynx herrschenden Luftdrucks. Die inspiratorische Phase der Schluckathembewegung fällt in den ersten Theil der Druckerniedrigung im Rhinopharynx. Die dabei erforderliche Luft wird aus dem Pharynx und dessen Adnexen entnommen. Durch Röntgenphotographie ist erwiesen, dass sich im Pharynx eine Luftmasse von birnenförmiger Gestalt befindet, die in der ersten Phase während des Hinauf-

steigens des Larynx verschwindet. Offenbar ist es diese Luftbirne, welche die 30—60 ccm Athemvolumen der normalen Schluckathembewegung zur Verfügung stellt. Der inspiratorischen folgt unmittelbar die exspiratorische Phase der Schluckathembewegung. Diese setzt sich in die gewöhnliche Exspiration fort, die dann meist noch nicht beendet ist.

J. KATZENSTEIN.

49) **G. Galeotti. Veränderungen des Schluckreflexes, studirt in der Königin Margeritha-Schutzhütte. (Modificazioni del riflesso della deglutizione studiate nella Capanna Regina Margherita.)** *Atti accad. dei Lincei. XIII. 4. p. 190.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

50) **Daniel N. Eisendrath. Adenom der Schleimdrüsen der Lippen als eine Ursache für Makrochilie. (Adenoma of the mucous glands of the lips as a cause of Machrochilia.)** *Annals of Surgery. September 1904.*

Der Fall wurde erfolgreich operirt; die Tumorbildung bestand aus Drüsengewebe vom Aussehen eines typischen Adenoms. Es trat kein Recidiv auf.

EMIL MAYER.

51) **E. Sandelin** (Helsingfors). **Cheiloplastik beim totalen Verlust der Unterlippe. Eine Combination von der Morgan'schen „Visirplastik" und der Schulten'schen Schleimhautmuschelplastik. (Cheiloplastik vid total förlust af underläppen. En Kombination af Morgans „Visirplastik" och Schulténs Slemhinnemuskelplastik.)** *Finska Läkaresälskapets Handlingar. XLVI. p. 95. 8. August. 1904.*

Die Methode giebt sehr hübsche Resultate; die Arbeit muss, als rein chirurgisch, im Original studirt werden.

E. SCHMIEGELOW.

52) **Wienert** (Wien). **Ueber einen Wangentumor.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1904.*

Es handelte sich um eine bisher noch nicht beschriebene Neubildung, ein Cystadenoma papillare, ausgehend von den Ausführungsgängen der Wangenschleimdrüsen mit cystischer Entartung.

CHIARI.

53) **L. Thiriac. Sarkomatöse Epulis des Oberkiefers. (Epulis sarcomateuse de la mâchoire supérieure.)** *La Clinique. No. 3. 1904.*

31jährige Frau, bei welcher sich seit Jahren ein enormer Tumor aus einer ursprünglich kleinen erbsengrossen Geschwulst im Niveau der beiden ersten oberen Backenzähne entwickelt hatte. Operation in Chloroformnarkose nach vorausgeschickter Unterbindung der Carotis ext. Tod am 5. Tage nach der Operation an Pleuropneumonie (Schluckpneumonie?).

BAYER.

54) **Hicguet. Congenitale Ranula. (Grenouillette congénitale.)** *La Policlinique. No. 11. 1904.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 15. April 1904 stellt H. ein zweimonatliches Kind vor mit einer angeborenen Ranula. Das Saugen und Schlucken geht gut von statten und das Kind erfreut sich einer blühenden Gesundheit; „es handle sich um eine congenitale Obliteration oder besser gesagt um eine Imperforation des Wharton'schen Ganges." Die Operation wird später vorgenommen werden.

BAYER.

55) **Augusto Stufler. Untersuchungen über die Fossae cribrosae des Gaumens. (Ricerche sulle fosse cribrose del palato [foveae palatinae].)** *Arch. Ital. di Otologia. 5. April 1904.*

Verf. hat seine Untersuchungen an 523 Individuen gemacht. Nach Reinigung des Theils mit Watte ist er, wenn die blosse Inspection nichts Genügendes ergab, mit einer feinen Sonde auf der Raphe und seitlich von ihr über die Schleimhaut dahin gefahren und hat so die minimalsten Vertiefungen constatiren können. Er hat, wie dies auch früher Bruno Fischer in einer Arbeit über denselben Gegenstand publicirt hat, constatiren können, dass viele Varietäten in Bezug auf Aussehen, Grösse und Zahl der Foveae palatinae existiren und zwar kann man finden

a) Grübchen, die mehr oder minder entwickelt sind und in die man bisweilen eine feine Sonde einige Millimeter tief einführen kann, meist von rundlicher Form, von denen bisweilen ein kleiner Sulcus ausgeht, der nach verschiedener Richtung verlaufen kann. Dies ist der häufigere Fall;

b) mehr oder minder lange und tiefe, gleichzeitig ziemlich markirte röhrenförmige Gänge, die der Mittellinie parallel laufen oder nicht.

Was die Häufigkeit anbelangt, so fanden sich die Foveae bei 77 pCt. aller untersuchten Personen; sie sind häufiger bei männlichen, als bei weiblichen Individuen, bei Erwachsenen häufiger als bei Kindern.

FINDER.

56) **Sophus Bentzen** (Kopenhagen). **Beitrag zur Aetiologie des hohen Gaumens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 203.*

Auf Grund einer kritischen Zusammenstellung der umfangreichen Literatur dieses Themas und sorgfältiger eigener, an dem Material der Schmiegelow'schen Klinik vorgenommener klinisch-craniometrischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultat, dass weder die Leptoprosopie noch die Rachitis als eine directe Ursache des hohen Gaumens anzusehen sind; indirect können beide insofern zur Entstehung desselben beitragen, als sie zur Bildung von Septumdeviation führen, welche sehr häufig mit Hypsistaphylie zusammen vorkommt — ein Vorkommen, bei dem Verf. die Septumdeviation als das Primäre ansieht. Auch die Adenoiden betrachtet Verf. nicht als das ausschlaggebende ätiologische Moment; sie sind geeignet, den Gaumen höher zu machen, aber können bei weitem nicht immer Hypsistaphylie bewirken. Das Entscheidende ist nach Verf. die individuelle Disposition bezw. Erblichkeit: Der Gaumen trägt schon in seiner ersten Anlage den Keim der Ungleichartigkeit an sich; ob die orale Respiration oder die Septumdeviation in einem gegebenen Falle Hypsistaphylie hervorruft oder nicht, hängt davon ab, ob der Gaumen in diesem Falle ursprünglich hoch oder niedrig war.

F. KLEMPERER.

57) **Buser** (Reinach). **Sind der hohe Gaumen, Schmalheit und V-förmige Knickung des Zahnbogens, sowie Anomalien der Zahnstellung eine Folge der Mundathmung und des Wangendrucks? 514 Gesichtsschädel- und Gaumenmessungen.** *Dissertation. Basel 1904.*

Die grosse Zahl unter Leitung Siebenmann's vorgenommener Messungen an gut bezahnten, zu gleichen Theilen auf beide Geschlechter vertheilten Leben-

den sichern dieser Arbeit von vornherein besonderes Interesse. Die Gaumenhöhe wurde von der Kaufläche des Obergebisses, d. h. von der Ebene aus gemessen, welche über die Kauflächen der Molaren und Prämolaren gelegt wird; die Gaumenbreite von der Mitte der Kauflächen der ersten, sich gegenüberliegenden Molaren aus; die Länge des harten Gaumens mittelst eines an einem Ende rund umgebogenen platten Messstabes; die Höhe und Breite der Nase mit zirkelförmigen Instrumenten von dem gewohnten Messpunkte aus. Der Gaumen- und Nasenindex wurden nach der Formel $\frac{X \cdot 100}{B}$ berechnet, wie es schon Kallmann mit Gesichtshöhe und Jochbreite zur Berechnung des Gesichtsindexes gethan hatte.

Verf. kommt zur Schlussfolgerung, dass nicht die Mundathmung, noch der Wangendruck die Ursache der leptoprosopischen Gesichtsbildung sei, sondern dass umgekehrt die Mundathmung zu betrachten sei als Folge der Verlegung einer von vornherein engen nasalen Respirationsspalte, in welcher ein entsprechend hoher und schmaler Gaumen eingebaut ist. Die Kallmann'sche rassenhafte Correlation von Obergesicht, knöchernem Naseneingang und Oberkiefer- und Gaumenform, welche ihn zur Differencirung von Chamae- und Leptoprosopia in Europa führte, gehe aus den vorliegenden Maasstabellen klar hervor. Der Körner'sche Satz, dass die Rachenmandel die Mundathmung, und diese die leptoprosopische Gesichtsbildung verursacht, sei also gerade umzukehren und zu sagen, dass um so frühzeitiger eine hypertrophische Rachentonsille zur Behinderung und Aufhebung der Nasenathmung führe, je schmäler der Gesichtsschädel und der demselben eingebaute Oberkiefer ist. Die Chamäprosopen haben auch sehr häufig vergrösserte Rachenmandel, werden aber durch dieselbe wegen ihrer weiten Rachenverhältnisse nicht Mundathmer, sondern kommen oft als Gehörleidende in die Behandlung der Ohrenärzte. Sonst bleibt bei ihnen die Hypertrophie der Rachenmandel latent. Es ist daher erklärlich, dass Aerzte, welche mit Hals- und Nasenkrankheiten, und nicht mit Ohrenleiden zu thun haben, welche also hauptsächlich Leptoprosopie in Behandlung bekommen, den Eindruck erhalten, die Mundathmung sei die Ursache der Leptoprosopie. Dies hatte schon Siebenmann hervorgehoben.

Diese Arbeit mit den reichhaltigen, übersichtlichen Tabellen verdient genauer durchstudirt zu werden. Sie kann unzweifelhaft dazu beitragen, die von ihr beleuchtete Streitfrage in ihrem Sinne endgültig zu entscheiden. Die principielle Annahme dieses Standpunktes braucht jedoch logisch nicht jede Einwirkung der Mundathmung auf das Gesichtsskelett absolut auszuschliessen.

JONQUIÈRE.

58) **Eugene S. Talbot. Aetiologie der Gaumenspalte. (Etiologie of cleft palate.)** *Medicine. October 1904.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass bei dem Zustandekommen der Gaumenspalte embryonale Störungen der Ossificationsvorgänge mitwirken und zwar müssen die Störungen bereits sehr früh sich geltend machen, da das Ossificationscentrum des Gaumens schon früh auftritt.

EMIL MAYER.

59) **Alfredo Perugia. Carcinom des harten Gaumens mit Radium geheilt. (Carcinoma del palato duro guarito col radio.)** *Gazetta degli ospedali. No. I. 1905.*

Das Carcinom, um das es sich hier handelt, hatte einen Längsdurchmesser

von 3 cm, einen Breitendurchmesser von 2,6 cm. Die Application der Radiumstrahlen dauerte vom 29. Juni bis Ende October. Innerhalb dieser Zeit kam es zu völligem Verschwinden der Neubildung; die Schleimhaut erschien da, wo das Carcinom gesessen hatte, normal.

FINDER.

60) **Awdejew. Nekrose der Knochen des harten Gaumens. (Nekros koshei twerdawo neba.)**

Beschreibung eines Falles, in dem einem vernachlässigten cariösen Process des Zahnes Nekrose der Alveolarfortsätze und des harten Gaumens folgte.

P. HELLAT.

61) **Robert C. Myles. Erkrankungen der Speichelgänge und Speicheldrüsen und ihre Behandlung. (Diseases of the salivary ducts and glands and their treatment.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Verf. berichtet über 5 Fälle von Speichelsteinen. Er bespricht die Diagnose dieser Erkrankung und die Behandlung, für die er einzig die operative Entfernung vom Mundboden aus empfiehlt. Er räth, in jedem Falle, wenn möglich, den Ductus zu sondiren und zu dilatiren und so den normalen Speichelfluss wiederherzustellen und aufrecht zu halten.

EMIL MAYER.

62) **Beresgowski. Zur Frage der Speichelfistel traumatischen Ursprungs. (K woprosu o sljun. swistschach traumat. proishoshdenija.)** *Russ. Archiv chir. Bd. I, 1904.*

B. berichtet über einen Fall von Speichelfistel, welche direct an der Parotis sass. Es gelang Tichonow sie zu beseitigen, indem er die Drüsenkapsel eröffnete und in die Schleimhaut einnähte, während die äussere Fistel geschlossen wurde. Es wäre von grossem Interesse, bei eventueller doppelseitiger Speichelfistel festzustellen, inwieweit durch den Verlust des Parotissecretes der Allgemeinzustand alterirt wird. Wie bekannt, misst man der Parotisoxydase in der letzten Zeit hochwichtige physiologisch-chemische Functionen bei.

P. HELLAT.

63) **M. D. Lederman. Stein im Wharton'schen Gang. (Calculus in Wharton's duct.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Der Stein war complicirt mit Eiterung; auch die Submaxillar- und Sublingualdrüsen waren befallen.

EMIL MAYER.

64) **Küppers** (Bonn). **Zur Diagnose und Operation der Speichelsteine.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 30. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration eines erbsengrossen Speichelsteines, der sich im Ausführungsgange einer exstirpirten linken Glandula submaxillaris fand. Während der Nahrungszufuhr bestanden Schmerzen in der Unterkieferspeicheldrüsengegend, wo sich auf der linken Seite allmälig eine grössere Geschwulst zeigte.

ALBANUS (ZARNIKO).

65) **C. E. Ford. Bericht über einen Fall von Speichelstein. (Report of a case of salivary calculus.)** *Cleveland Medical Journal. October 1904.*

Der aus dem Wharton'schen Gang entfernte Stein wog ca. 4 g.

EMIL MAYER.

66) **Francesco Orta. Eine neue Complication der Parotitis. (Di una nuova complicanza della parotite.)** *Gazzett. degli ospedali. 1904.*

Verf. hat bei einer Epidemie von Parotitis in 3 Fällen das Auftreten eines Herpes zoster in der zweiten Krankheitswoche constatiren können, eine Hautaffection, die in der Gegend, wo Verf. practicirt, äussert selten ist. Verf. erklärt dies Vorkommen dadurch, dass das pathogene Agens der Parotitis oder seine Toxine einen entzündlichen Process der Ganglien hervorrufen.

FINDER.

67) **E. Boddaert. Notiz über einen Fall von angeborener Pharyngealfistel. (Note sur un cas de fistule pharyngienne congénitale.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 3. 1904.*

13jähriger Knabe, angeborene kleine schräggestellte Spalte mit zwei Lippen am vorderen Rande des medialen Kopfes des Sternocleidomastoideus 1 cm oberhalb der Sternoclaviculararticulation. Die Sonde dringt schräg bis in die Nähe des linken grossen Zungenbeinhorns vor, wodurch Hustenanfälle mit Prickeln im Pharynx hervorgerufen werden. Die Existenz des Pharyngealöffnung gelang es nicht nachzuweisen. Durch Cauterisation des Fistelganges vermittelst einer langen Hohlsonde mit eingeschmolzenem Arg. nitr. gelang es, die Fistel zur Obliteration zu bringen.

BAYER.

68) **G. A. Leland. Narbenstrictur des Pharynxeingangs, mittels Plastik gebessert. (Cicatricial stricture of pharyngeal orifice relieved by plastic operation.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. September 1904.*

Es wurde eine von J. E. H. Nichols (New York) empfohlene Methode der Plastik angewandt.

EMIL MAYER.

69) **Trétrop. Vorstellung eines wegen Pharynxstenose tracheotomirten Kranken. (Malade trachéotomisé porteur d'un retrecissement du conduit pharyngé infranchissable.)** *Bulletin de la Soc. Méd. d'Anvers. Januar 1904.*

T. hatte den Kranken vor einigen Monaten in der Antwerpener medicinischen Gesellschaft vorgestellt; seither progressive Dilatation vermittelst eines dreiblätterigen Dilatators nach dem Typus des Laborde'schen Instruments. Die Trachealcanüle konnte vor 9 Monaten entfernt werden.

BAYER.

d. Diphtherie und Croup.

70) **M. Geirsvold** (Norwegen). **Das Vorkommen von Diphtheriebacillen bei gesunden Menschen. (Forekomsten af difteribaciller hos friske Mennesker.)** *Tidskrift for den norske Laegeforening. p. 820. 1903.*

Verf. hat vom 28. Mai bis 20. Juni 1903 967 Kinder in Christiana, wo im Winter 1901—1902 eine Diphtherieepidemie geherrscht hatte, untersucht und gefunden, dass 87 (9.2 pCt.) Diphtheriebacillen hatten.

E. SCHMIEGELOW.

71) **P. Aaser** (Christiania). **Ueber Verhaltungsregeln gegen Diphtherie. (Om Forholdsregler mod Difteri.)** *Tidskr. f. den norske Laegeforening. p. 754. 1903.*

Verf. ist der Meinung, dass Diphtherieserum eine präventive Wirkung besitzt,

die so wirksam ist, dass sie in 97—100 pCt. das betreffende Individuum gegen Diphtherie schützen zu können scheint.

E. SCHMIEGELOW.

72) **A. Halbe. Der Kampf gegen die Diphtheritis. (La lutte contre la Diphtérie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 8. 1904.*

1. Man gebe sich Mühe, die individuelle Empfindlichkeit des dem Contagium ausgesetzten Kindes durch Präventivinjectionen mit antidiphtheritischem Serum herabzusetzen.

2. Die Fälle von nachgewiesener Diphtheritis müssen gut behandelt werden, d. h. es muss sofort mit hinreichenden Dosen Serum intervenirt werden.

3. Man muss danach trachten, dass das Uebel eingeschränkt wird (obligatorische Anmeldung ist von grösster Wichtigkeit), Isolirung der Kranken etc.

4. Nach Ablauf der Krankheit ist es unumgänglich nothwendig, die nothwendigen Maassregeln zur Desinfection zu treffen. Die Kinder müssen wenigstens noch einen Monat lang nach Ablauf der Krankheit im Hause zurückgehalten werden und sollten nur, wie in Paris, auf Grund eines bakteriologischen Untersuchungsattestes, dass sie keine Träger des Löffler'schen Bacillus mehr sind, zur Schule zugelassen werden.

BAYER.

73) **C. M. F. Sinding-Larsen. Ist es nothwendig, in der prophylactischen Isolirung von „Bacillenträgern" bei Diphtherie-Epidemien fortzufahren? (Is it necessary to continue in the prophylactic isolation of the „carriers of bacilli" in the epidemies of diphtheria?)** *N. Y. Medical Record. 1904.*

Verf. hat bereits vor 3 Jahren auf Grund seiner persönlichen Erfahrungen seine Zweifel ausgedrückt, ob es möglich sei, eine prophylactische Isolation von „Bacillenträgern" in latenten Fällen im Verlauf einer Diphtherieepidemie durchzuführen. Er definirt nun seine Ideen dahin, dass die latenten Fälle zwar ansteckend sein mögen, dass aber eine Isolation nicht durchzuführen sei und schlägt dafür prophylactische Seruminjectionen vor. Seine Krankenhauserfahrung hat ihm gezeigt, dass bei Abwesenkeit klinischer Symptome auf die bakteriologische Untersuchung allein kein Verlass sei.

LEFFERTS.

74) **Eeman** (Gent). **Die Prophylaxe der Diphtherie; was sie ist und was sie sein sollte. (Prophylaxie de la diphtérie; ce qu'elle est; ce qu'elle devrait être.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 11. 1903.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft, Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER.

75) **L. M. Powers. Uebertragung von Diphtherie. (Transmission of diphtheria.)** *Southern California Practitioner. April 1904.*

Verf. theilt eigene und fremde Erfahrungen über den Gegenstand mit.

EMIL MAYER.

76) **Fels. Croup und Diphtherie behandelt mit und ohne Serum. (Btonica i dlawiec, leczone surowi ca i bez surowicy.)** *Przeglad Lekarski. No. 40, 41.*

Von 30 Fällen verschiedenartiger Formen von Diphtherie (21 den Pharynx, 7 den Pharyngolarynx, 2 den Larynx betreffend), welche mittelst Serum behandelt

wurden, wurde nur in einem einzigen, und zwar bei einem 10jährigen Kinde, Exitus letalis beobachtet.

Von 29 Fällen, welche mit verschiedenen antiseptischen Mitteln (Insufflation von Natr. sozojodolicum) ohne Serum behandelt wurden, starben 2, und zwar von den 10, die mit Larynxdiphtherie afficiert waren. Aus der Zahl von 19 Fällen, die mit Pharynxdiphtherie behaftet waren, starb ein 9monatliches Kind in der 5. Woche infolge allgemeiner Schwäche.

Die meisten Fälle wurden im Spätherbst beobachtet. Dem Alter nach gehört der grösste Theil dem 2. Lebensalter an.

Schliesslich befürwortet der Verf. die zeitige Serumapplication.

A. v. SOKOLOWSKI.

77) **De Stella. Ueber die Wirkung der diphtheritischen Toxine und Antitoxine. (De l'action des toxines et antitoxines diphtéritiques.)** *La Belgique Méd. No. 28. 1904.*

Man habe trotz antidiphtheritischer Seruminjectionen bei Kranken manchmal Misserfolge zu verzeichnen, weil man 1. die Injectionen in einem zu weit vorgeschrittenen Stadium der Krankheit vornehme und 2. man nicht das hinreichende Quantum Serum injicire.

BAYER.

78) **E. Faber** (Kopenhagen). **Der Einfluss der Serumtherapie auf die Diphtheriemortalität. (Serumbehandlingens Indflydelse paa Diphtherimortaliteten.)** *Hospitals Tidende. p. 1173. 1903.*

Das Material des Verf. besteht aus 3137 Fällen, die in dem epidemischen Krankenhaus zu Kopenhagen von 1895—1902 observirt und mit Serum behandelt worden sind. Es zeigt sich, dass die Mortalität am kleinsten ist, wenn die Serumbehandlung früh eingeleitet wird, und dies ist besonders der Fall, wenn die Rachendiphtherie nicht mit Croup complicirt wird.

E. SCHMIEGELOW.

79) **H. de Stella. Toxine und Antitoxine der Diphtheritis. (Toxines et antitoxines de la diphtérie.)** *La Belgique Méd. No. 47. 1904.*

Die Quantität von Toxinen hängt ab: 1. von der Menge der Bacillen und folglich der Ausdehnung der Krankheit; 2. von der Natur der Bacillen; 3. der Dauer der Krankheit.

Die Gefahr der diphtheritischen Infection liegt: 1. in den falschen Membranen, indem sie die Asphyxie bedingen; dafür hilft die Tracheotomie oder die Intubation; 2. in den Toxinen, welche in hinreichender Menge sind, um ein zum Leben unentbehrliches Organ zu vergiften; dagegen dienen die Antitoxine des Serums.

Jedwedes Serum wirkt 1. durch Ertödten oder Erlähmung der Mikroben; 2. durch Neutralisation der Toxine; 3. durch das Vermögen, die Mikroben zu agglutiniren, letztere Eigenschaft kommt beim antidiphtheritischen Serum nicht in Betracht.

Die Neutralisation der Toxine durch Antitoxin geschieht: 1. im Blut, und zwar sofort und unmittelbar von Molekül zu Molekül; 2. in den Geweben; um dies zu bewerkstelligen, müssen die Antitoxine die gleiche Vorliebe für die Zellen und Gewebe zeigen, als die Toxine, und dass diese Prädilection existirt, beweist

Verf. experimentell und zwar in 4 Serien von Versuchen, auf Grund deren er zu den Schlüssen gelangt: 1. dass die Seruminjectionen bei constatirter Diphtheritis unter keinen Umständen aufgeschoben werden dürfen; je länger man wartet, um so grösser ist die Quantität von Toxinen, welche sich in den Geweben fixiren, wo ihre Neutralisation schwer oder unmöglich wird; 2. kommt die Quantität des zu injicirenden Serums in Betracht; nur eine lange Erfahrung in der Verwendung des Serums verbunden mit einer ganz genauen Kenntniss der jeweiligen Bösartigkeit des Diphtheritis wird uns dafür den nöthigen Anhalt gewähren. — In malignen Fällen muss man massive Dosen anwenden, dreist 30—50 ccm bei Kindern unter 5 Jahren. Es ist tausendmal besser zu viel Serum zu injiciren, als zu wenig. Wenn man im Zweifel ist über die Natur der Krankheit, injicire man Serum, ohne auf die bacteriologische Analyse zu warten. Verf. hat nie bereut, zu viel oder zu früh Serum injicirt zu haben.

BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

80) A. v. Sokolowski. **Ein Fall von Perichendritis laryng. purulenta. (Przypadek perichondrit. lar. purulenta.)** *Med. No. 38. 1904.*

Bei einem 40jährigen Manne, der seit einer Woche an progressiv zunehmender Athemnoth und Schlingbeschwerden litt, wurde laryngoskopisch Oedem der hinteren Larynxwand und purulente Infiltration der linken aryepiglottischen Falte nachgewiesen. Wegen rapid zunehmender Athemnoth schritt man zur Tracheotomie. Der Kranke genas einige Tage darauf. Verf. räth in derartigen rasch verlaufenden Fällen, keine endolaryngale Incision vorzunehmen, sondern zur Tracheotomie zu greifen.

A. v. SOKOLOSWKI.

81) Emil Mayer. **Post-typhöse Perichendritis des Kehlkopfs. (Post-typhoid perichondritis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 17. September 1904.*

Verf. berichtet hier über den gegenwärtigen Zustand eines Patienten, dessen interessante Krankengeschichte er vor der 24. Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft mitgetheilt hatte. Dem Patienten geht es gut. Es ist dies der erste derartige mittelst Intubation geheilte Fall. Bemerkenswerth ist ausser der Seltenheit des Falles, dass die Tube sehr lange getragen wurde und dass zuletzt nur eine Tube von der Grösse, wie sie bei Kindern gebraucht wird, angewandt werden konnte.

LEFFERTS.

82) N. Calamida. **Ueber zwei Fälle von Perichondritis laryngis. (Su due casi di pericondrite laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. 15. November 1904.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine ausgedehnte primäre tuberkulöse Perichondritis thyreoidea; auf der Kehlkopfschleimhaut war nicht die geringste Ulceration nachweisbar. Die linke Kehlkopfhälfte sah man bei der laryngoskopischen Untersuchung gegen das Lumen vorspringen. In der Medianlinie des Halses sah man eine hühnereigrosse, von gerötheter Haut bedeckte fluctuirende Anschwellung. Nach Operation von aussen ging auch die Schwellung im Larynx zurück. Die Heilung ging sehr langsam vor sich; trotz mehrfacher Eingriffe hörte die Eiterung nicht ganz auf, es blieb eine kleine Fistel, auf deren Grund man den

rauhen und nackten Knorpel fühlt. Es handelte sich um eine totale Nekrose der linken Schildknorpelplatte in Folge Perichondritis interna und externa.

Im zweiten Fall waren die Perichondritis des Schildbeinknorpels und die daraus folgende Nekrose desselben Folge einer secundären eitrigen Infection bei einem Carcinom der linken Hälfte des Kehlkopfinnern. Das Carcinom hatte sich anstatt nach der Kehlkopfhöhle zu auf die tieferen Gewebsschichten ausgebreitet.

FINDER.

83) **P. Egméond. Chronische obliterirende Laryngitis cricoidea. (Laryngites cricoidiennes oblitérantes chroniques.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Verf. beschreibt unter diesem Namen eine Form von Larynxstenose, die sich bis zu völliger Verlegung des Kehlkopflumens steigern kann und für die besonders der chronische Verlauf charakteristisch ist. Sie ist zurückzuführen auf Geschwüre der Ringknorpelgegend, wie sie in Folge Intubation oder spontan nach Infectionskrankheiten entstehen. Beide Arten von Geschwüren, besonders aber die letzteren können zu Narbenstenose führen. Verf. giebt eine sehr ausführliche anatomische Beschreibung der subglottischen Region und theilt 7 Beobachtungen mit.

A. CARTAZ.

84) **Ewing W. Day** und **Chevalier Jackson. Larynxstenose nach posttyphöser Perichondritis. (Laryngeal stenosis from post-typhoid perichondritis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Verf. berichten über 2 Fälle. Im ersten Fall führten Scarificationen und Intubation nicht zum Ziel und es musste die Tracheotomie gemacht werden. Zehn Tage darauf begann die allmälige Dilatation; sie wurde 2 Monate lang ohne Erfolg fortgesetzt. Unter Chloroformnarkose wurde der Kehlkopf gespalten und der ganze Inhalt bis auf das Perichondrium excidirt, eine breite Aluminiumtube eingelegt und 2 Monate lang getragen. Pat. athmet jetzt gut und spricht mit Flüsterstimme.

Auch im zweiten Fall wurde erst tracheotomirt, dann die Thyreotomie gemacht und eine Tube eingelegt. Pat. trägt noch die Intubationstube.

EMIL MAYER.

85) **Y. Arslan. Ueber acute Larynxstenosen nach Infectionskrankheiten. (Sulla laringostenosi acuta secondaria a malattie infettive.)** *Arch. Ital. di Otologia. 5. April 1904.*

Verf. berichtet über 2 Fälle. Im ersten Falle begannen die ersten Anzeichen der Larynxstenose bei einer Frau 4 Tage, nachdem bei ihr die Embryotomie hatte vorgenommen werden müssen, während gleichzeitig ein Temperaturanstieg auf 39° und 40° vorhanden war. In den nächsten Tagen kam es zu ausgesprochener Dypsnoe. Man sah laryngoskopisch enorme Schwellung der Kehlkopfschleimhaut von den Aryknorpeln bis zu den grösstentheils verdeckten Stimmbändern. Die Rima glottidis war kaum einen Millimeter breit. Es gelang, durch Inhalationen eines Cocain-Adrenalingemisches, Anwendung von Sinapismen und innerliche Darreichung grosser Dosen Salicyl und Atropin, sowie vollkommene Ruhe die Er-

scheinungen zum Verschwinden zu bringen. Diagnose: Acute Larynxstenose secundär bei Puerperalinfection.

Der zweite Fall betraf ein 8jähriges Kind, das sich wegen Purpura mit häufigen Hämorrhagien in den Luftwegen in Behandlung befand. Es trat plötzlich eine sich zusehends verschlimmernde Larynxstenose auf; man fand bei der Untersuchung die Kehlkopfschleimhaut stark geschwollen, intensiv geröthet mit dunkelrothen Flecken darin, die Rima glottidis stark verengt. Kein Blut im Larynx. Auch hier gelang es mit derselben Behandlung, wie im ersten Fall, ohne Operation der Erscheinungen Herr zu werden. Diagnose: Acute Larynxstenose secundär bei Purpura haemorrhagica.

Auf Grund der mitgetheilten Erfahrungen räth Verf., bei diesen acuten Stenosen mit operativen Eingriffen abzuwarten, und — natürlich unter ständiger Ueberwachung der Patienten — mit den Mitteln es zu versuchen, die sich ihm bewährt haben.

FINDER.

86) J. Sowkins. **Ungewöhnliche Ursache von Kehlkopfstenose. (An unusual cause of laryngeal obstruction.)** *Australasian Medical Gazette. 21. März 1904.*

Bei einem 20 Monate alten Kind war wegen schwerer Dyspnoe die Tracheotomie gemacht worden. Sehr grosse Tonsillen und adenoide Vegetationen hatte man entfernt. Die Canüle wurde 2 Monate lang getragen; bei jedem Versuch, sie zu entfernen, trat heftige Dyspnoe auf. Nach mehrfacher Untersuchung liess sich feststellen, dass bei jeder Inspiration die Spitze der Uvula in den Kehlkopf inspirirt wurde. Ein Theil der Uvula wurde abgetragen, nach 8 Stunden konnte die Canüle definitiv entfernt werden.

A. J. BRADY.

87) **Sophus Bentzen** (Kopenhagen). **Larynxstenosen.** *Ugeskrift for Laeger. No. 27 u. 28. 1904.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die in der oto-laryngologischen Abtheilung des Spitals St. Joseph (Prof. Schmiegelow) im Jahre 1901—1903 behandelten Fälle von Larynxstenosen. Im Ganzen wurden 27 behandelt. Er theile jedoch nur 8 Fälle aus dem Krankenjournal mit.

1. 4jähriges Mädchen wurde tracheotomirt, vor einem Jahre (Croup). Die Canüle konnte nicht entfernt werden trotz mehrerer Versuche. Sie wurde so am Spitale St. Joseph eingelegt: Durch Tracheotomie wurde die Canüle unterhalb Cart. cricoidea eingelegt, darauf Laryngofissur; 1 cm unter der Rima glottidis fand sich ein festes, fibröses, $^1/_2$ cm breites Diaphragma, dieses wurde gespalten und Mikulicz's Glasdilatator eingelegt. Einige Tage später Intubation, welche 1 Jahr lang fortgesetzt wurde. Pat. geht nun (3 Jahre später) mit permanent geschlossener Canüle. Laryngoskopisch keine Verringerung des Lumens. Die Beweglichkeit der Stimmbänder ist eingeschränkt. Sie spricht deutlich, aber mit etwas klangloser, flüsternder Stimme.

2. $1^3/_4$jähriger Knabe trank vor einem Monat Salzsäure, kam ins Spital und wurde tracheotomirt. Decanülement gelang nicht; laryngoskopische Untersuchung unmöglich; bei Palpation fühlte man das Innere des Kehlkopfes etwas verkleinert. Intubation 1 Monat lang täglich fortgesetzt, darauf während der Dauer 1 Monats

alle 2 Tage. Da er auch dann die Canüle noch nicht entbehren konnte, wird die Intubation verschoben, bis er etwas älter ist.

3. 13jähriges Mädchen. Im Alter von 6 Jahren Scharlach und Croup; Tracheotomie. Seit dieser Zeit ist sie mit Canüle gegangen; die Stimme ist ganz gut und deutlich. In Narkose wird die Canüle entfernt und die Respiration ist mit geschlossener Trachealfistel vollständig hinreichend. Sie athmet nun zwei Monate ohne Canüle; bekommt dann Bronchitis und schwierige Respiration, weshalb die Canüle von neuem eingelegt wird. Darauf 1 Monat Intubation. Sodann stopft man die Canüle zu und hört mit der Intubation auf. $^1/_2$ Jahr später wurde sie entlassen und geht immer mit geschlossener Canüle. Spricht ganz gut. Laryngoskopisch zeigen die Stimmbänder normale Farbe, sie verharren in gegenseitiger Entfernung von ca. 2 mm und werden bei der Inspiration noch ein wenig adducirt. Abduction findet nicht statt. Unter den Stimmbändern sieht man perichondritische Verdickungen.

4. 2jähriges Mädchen. Während der letzten 5 Monate wurde sie immer mehr heiser und zuletzt völlig aphonisch. Mehrmals Erstickungsanfälle; darum Tracheotomia inf. Da Decanülement unmöglich war, wurde sie im Spitale St. Joseph's aufgenommen. In Narkose wird sie laryngoskopirt; in dem Larynx finden sich eine Menge Papillome. Da das Kind zu klein ist, wird die Behandlung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

5. 6jähriger Knabe. In 1898 Tracheotomie (Croup). Die Canüle konnte später nicht entfernt werden. Am 5. 10. 1901 wurde er im St. Joseph's-spital aufgenommen. Die Canüle liegt im Spatium crico-thyreoideum; fast keine Luftpassage durch den Kehlkopf. In Narkose wird am ersten Tage Tracheotomia inferior, 3 Tage später Laryngofissur gemacht. Die Verengerung ist ca. 1 cm lang, fibrös; sie wird gespalten und eine Glasschornsteincanüle eingelegt; 3 Tage später Intubation. Dieselbe ist schwierig und erfordert jedes Mal eine leichte Narkose. Intubation im ersten Jahre zweimal die Woche, darauf einmal und nun ist auch die Trachealcanüle zugepfropft. Den 13. 5. 1903 wird er entlassen. Laryngoskopisch sind nun die Stimmbänder normal und beweglich. Eine Verdickung der hinteren Wand innerhalb der Stimmbänder ist schuld an der Verengerung. Er spricht verständlich mit leicht flüsternder Stimme.

6. 44jähriger Mann. Es handelte sich um eine syphilitische Perichondritis, welche zur Anchylose der beiden Crico-arytaenoidal-Gelenke geführt hatte. Im Sommer 1903 starb er an Lungentuberculose (s. Int. Centralblatt f. Laryngol. 1904. S. 92).

7. $1^3/_4$jähriger Knabe. Vor 2 Monaten Tracheotomie wegen Dyspnoe und kurz darnach wird etwas Eiter spontan durch den Mund entleert. Alle nachher angestellten Versuche zur Entfernung der Canüle mussten wegen schnell auftretender Dyspnoe aufgegeben werden. Aufgenommen den 6. 1. 03. Die Canüle liegt im Spatium crico-thyreoid. Um den Rand der inneren Trachealöffnung sieht man viele Granulationen. In Narkose Tracheotomia inferior; wegen der Kleinheit des Knabens wird die weitere Behandlung verschoben.

8. $2^1/_2$jähriger Knabe. Ein Fall von Laryngitis chronica hypoglottica.

SCHMIEGELOW.



88) **Simmonds** (Hamburg). **Ueber die Anwendung von Gipsabgüssen zum Nachweis von Trachealdeformitäten.** *Verhandl. der pathol. Gesellschaft 1904.*

Die Bronchialenden werden mit Korkstücken verstopft, die Trachea an einem durch die Epiglottis gezogenen Faden aufgehängt und Gypsbrei eingegossen; schneidet man nach seiner Entfernung die Luftröhre auf, so erhält man ein vortreffliches Negativ.

Diese Untersuchungen haben gezeigt, dass die Trachea in den ersten Lebensjahren äusserst eng ist, dass bis zum 10. Lebensjahre keine merkliche Verschiedenheit zwischen beiden Geschlechtern besteht, die Unterschiede in der Weite vielmehr erst später auftreten.

Man sieht an den Gypsmodellen eine Furche der Trachea da, wo die Anonyma sie kreuzt; der Aortenbogen macht einen leichten Eindruck an der linken Seite dicht oberhalb des Hauptbronchus; die vergrösserte Schilddrüse verursacht eine Einengung. Ist sie auch nur wenig vergrössert, so macht sie bei tracheotomirt gewesenen Patienten eine Stenose, weil der nur membranöse Verschluss der früheren Tracheotomieöffnung nachgiebig ist.

Ausserdem beobachtete S. scheinbar idiopathisch auftretende Formveränderungen wie Abplattung der Luftröhre im sagittalen Durchmesser, unregelmässige Ektasien, dreieckigen Querschnitt, sackige Ausbuchtungen der Pars membranacea und senile Säbelscheidentrachea.

Benda glaubt, dass bei hochgradigen Verengerungen der Gypsbrei durch dieselben nicht hindurchdringe und plaidirt für seine Methode der Anfertigung von Querschnitten der gehärteten Trachea.

Ziegler bemerkt, dass Knorpelwunden der Luftröhre auch knorplig heilen können.

Beneke hält die senile Säbelscheidentrachea für eine Folge einer Bronchitis; in Folge der braunen Degeneration der Knorpelringe tritt eine Elasticitätsverminderung derselben ein, und durch die Hustenanfälle findet eine starke Einwirkung der querverlaufenden Muskelzüge auf die Knorpelspangen statt, so dass in ihrem vorderen Theile eine Knickung resultirt.

Ponfick glaubt dagegen, dass häufig die Säbelscheidentrachea das primäre sei und das Emphysem erst secundär entstehe.

A. ROSENBERG.

89) **Umber** (Altona). **Plastische Ausgüsse der Trachea und des rechten Hauptbronchus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. Vereinsbeilage. 1904.*

Dem sehr kachektischen Patienten war bei heftiger Nasenblutung Blut in die tieferen Luftwege geflossen und hatte zur Bildung solider, weisslichgrauer Fibringerinnsel geführt, die ausgehustet plastische Ausgüsse jener Canüle darstellten. Aehnliche Ausgüsse waren im Oesophagus zu Stande gekommen.

Die Form der Bronchialausgüsse, der Lungenbefund und eine geschwollene Lymphdrüse erweckten den Verdacht auf Lungentumor, der später durch die Section bestätigt wurde. Es handelte sich um ein primäres Rundzellensarkom.

ALBANUS (ZARNIKO).

90) **Löhrer. Ein Fall von vollkommener Ausstopfung der Trachea durch ververkäste und gelöste Bronchiallymphknoten nach Perforation in den Anfangstheil des rechten Bronchus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1904.*

Der Fall betraf einen 4jährigen Knaben, bei dem ganz plötzlich ein Erstickungsanfall aufgetreten war, dem er trotz Tracheotomie erlag. Die Section ergab primäre Tuberculose der bronchialen Lymphknoten der rechten Seite.

SCHECH.

91) **Gaudiani** (Rom). **Durchbruch eines tuberculösen Lymphdrüsenabscesses in die Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. 1904.*

3 Jahre altes Kind. Fieber, Husten, Athembeschwerden. Am 3. Tage Aufnahme. Befund: erhebliche Aphonie, Dyspnoe, Rachen stark geröthet, Gaumenmandeln mit kleinen nekrotischen Herden, 38,5[6]. beschleunigter Puls. Einspritzung von Diphtherieheilserum. Besserung, doch am 3. Behandlungstage plötzlich Dyspnoe, Cyanose. Trotz Tracheotomie Exitus. Section. Trachea ohne Stenose, bis an die Bronchien von Drüsenpacketen umgeben. Peribronchiale Drüsen tuberculös infiltrirt. Etwas über der Bifurcation in der Vorderwand der Trachea eine linsengrosse Oeffnung, durch die ein Theil der käsigen Massen des Innern der Drüsenpackete ins Lumen der Trachea gedrungen und dann beide Bronchien 2 cm weit erfüllt hatte. Der linke Bronchus war dicht verstopft, nur der rechte liess noch eine feine Sonde passiren.

ALBANUS (ZARNIKO).

92) **J. Mac Fadden Gaston. Tracheotomie wegen Schusswunden der Luftröhre. (Tracheotomy for gunshot wounds of the trachea.)** *N. Y. Medical Record. 31. December 1904.*

Es wird über einen ein 8jähriges Mädchen betreffenden Fall berichtet. Die Incision lag mehr lateralwärts als an der Vorderwand der Luftwege. Die Heilung war ausgezeichnet.

LEFFERTS

93) **Charles A. Service. Ruptur der Trachea während der Geburtsarbeit. (Rupture of the trachea during labor.)** *N. Y. Medical Journal. 10. December 1904.*

Bei einer 29jährigen Primipara ging die Geburt zuerst vollkommen normal vor sich, die Uteruscontractionen waren nicht heftiger als normal, auch klagte die Gebärende nicht über aussergewöhnliche Schmerzen. Schliesslich erwies es sich nöthig, die Zange anzulegen. Als der Arzt, um einige Vorbereitungen zu treffen, das Zimmer verliess, lief ihm die Wärterin nach: „Die Patientin habe plötzlich auf der linken Seite des Halses und Gesichts angefangen anzuschwellen.“ Man fand das subcutane Gewebe und Sternoclaviculargelenk bis zum Mundwinkel ausgesprochen emphysematös und auf Druck empfindlich. Patientin wurde chloroformirt und schnell entbunden. Das Emphysem breitete sich schliesslich auf den ganzen Rumpf und beide Arme aus; beide Augenlider waren völlig geschwollen. Am 11. Tage war die Schwellung völlig verschwunden. Die Resorption war augenscheinlich günstig beeinflusst durch Application von heissem Alkohol zweibis dreimal täglich.

LEFFERTS.

94) **Szumlanski. Ein Fall von Fremdkörper in der Luftröhre. (Przypadek ciala obcego w osknelu.)** *Med. No. 38. 1904.*

Ein Kranker, dem bei Chloroformnarkose ein Zahn extrahirt wurde, bekam plötzlich heftigen Athemnothanfall und allmälig entwickelten sich bei ihm physikalische Erscheinungen eines pleuritischen Exsudats. Im Augenblick, wo man zur Pleurotomie schritt, bekam der Kranke einen heftigen neuen Hustenanfall und hustete den Zahn heraus. Er genas bald darauf.
A. v. SOKOLOWSKI.

95) **Witzel** (Bonn). **Entfernung eines Polsternagels aus dem mittleren Bronchus zweiter Ordnung rechts.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. Vereinsbeilage. 1904.*

Nach tiefer Tracheotomie konnte der Nagel von der Trachealwunde aus, deren Ränder an durchgelegte Silberdrahtschlingen als Handhaben gut nach den Seiten, um die Winkel zwischen Trachea und Bronchien auszugleichen, verzogen werden konnten, entfernt werden. Empfehlung dieses Verfahrens vor dem der Killian'schen Bronchoskopie.
ALBANUS (ZARNIKO).

96) **Killian** (Freiburg). **Mein sechszehnter bronchoskopischer Fremdkörper-Fall.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. 1904.*

56 Jahre alter Landwirth aus Belgien verschluckte vor 3 Monaten ein Knochenstück. Danach Erstickungsanfall, Husten, Kurzathmigkeit und Stridor. Keine Pneumonie, kein Fieber. Ueber der linken Lunge Percussionsschall abgekürzt, Stimmfremitus abgeschwächt. Athemgeräusch links schwächer gehört, von stridorösem Geräusch begleitet. Diagnose: Fremdkörper im linken Hauptbronchus. Röntgenuntersuchung resultatlos. In Chloroformnarkose bei hängendem Kopf Cocainisirung des Larynx, Einführung eines 20 cm langen, 14 mm dicken Rohres in die Trachea, „Cocainisirung der Trachea und des linken Bronchus, Durchführung eines Rohres von 32 cm Länge und 11 mm Durchmesser". Vordringen bis zur Bifurcation und linkem Hauptbronchus, wo „nach kurzem Vorschieben der Knochen, von gerötheter Schleimhaut umgeben", gesichtet wird. Extraction mit Röhrenpincette. Der Knochen, 2 : 1 : 0,5 m, war von stinkendem Eiter umgeben. Athmung frei. Heilung.
ALBANUS (ZARNIKO).

97) **Nehrkorn** (Heidelberg). **Zur directen Bronchoskopie zwecks Extraction quellbarer Fremdkörper.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1904.*

1. $3^1/_2$jährigem Knaben wird eine Bohne aus dem linken Hauptbronchus durch obere Bronchoskopie (v. Eicken) extrahirt. Dauer bis zur Entfernung der letzten Bröckel der Bohne 3 Stunden. Controle halber dann zur unteren Bronchoskopie Tracheotomie. 2. 3jähriger Knabe hat eine Bohne aspirirt. Nach einem Erstickungsanfall Tracheotomie. Die Bohne liess sich mit feiner Gallensteinzange extrahiren. 3. 4jähriges Mädchen, Diagnose auf Bohne im linken Hauptbronchus oder Trachea gestellt. Obere Bronchoskopie. In 3stündiger Chloroformnarkose zwei Drittel der Bohne entfernt. Nach 30 Stunden Erstickungsanfälle, deshalb Tracheotomie mit Erfolg.

Typisch ist, dass bei quellfähigen, aspirirten Fremdkörpern nach Ueberstehen des ersten Reizes nach Eintritt des Quellens neue Symptome auftreten,

Von den 6 bekannten Fällen 3mal primär die untere, 3mal die obere Bronchoskopie; aber es blieb nur ein Fall ohne Tracheotomie. Verf. empfiehlt wegen der schwierigeren Einführung der bronchoskopischen Röhren in Trachea und Bronchien bei kleineren Kindern und wegen des verhängnissvollen Druckes bei langem Liegen der Röhren im Kehlkopf — secundäre Schwellungen — „bei Aspiration von Bohnen oder sonstigen quellbaren Körpern seitens junger Kinder" „von vornherein auf die directe obere Bronchoskopie zu verzichten" und Tracheotomie und untere Bronchoskopie zu wählen.

ALBANUS (ZARNIKO).

98) **Heydenreich** (Bremen). **Ein bronchoskopischer Fremdkörper-Fall.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. 1904.*

In die Noltenius'sche Klinik kam ein 6jähriges Mädchen, das eine Erbsenschale verschluckt haben sollte. Seitdem Hustenreiz, Athembeschwerden. Bei Exspiration über der Lunge ein klappendes Geräusch wahrnehmbar. In Chloroformnarkose am hängenden Kopf Eingehen mit bronchoskopischem Rohr von 25 cm Länge und 8 mm Durchmesser. In der Trachea braune Glasperle sichtbar, die mit Schleim ausgehustet wird, als ein stärkeres Rohr eingeführt werden soll. Tags darauf wegen heftiger Athemnoth Tracheotomie — wahrscheinlich Schwellungen der Kehlkopfschleimhaut —, Temperatur 40°. Zunehmende Bronchitis (der Fremdkörper lag schon 14 Tage) — schliesslich Heilung.

ALBANUS (ZARNIKO).

99) **Manasse** (Strassburg). **Verschluckter Kleiderhaken.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 48. Vereinsbeilage. 1904.*

Von 8jährigem Knaben wurde vor 6 Monaten — seitdem heiser — ein Kleiderhaken verschluckt, der in der Gegend des rechten Morgagni'schen Ventrikels, das rechte Stimmband überragend, sichtbar und unbeabsichtigt durch die Kehlkopfsonde — der Sondenknopf klemmte sich in die Branchen des Hakens ein — entfernt wurde.

ALBANUS (ZARNIKO).

f. Schilddrüse.

100) **F. Livini. Ein Fall von erheblicher Reduction des Thyreo-parathyreoapparats bei einer Frau. (Sovra un caso di notevole riduzione dell'apparecchio tiro-paratiroideo in una donna.)** *Sperimentale, Arch. di Biol. norm. e patol. Anno 58. Fasc. 1. p. 159. Rendic. Accad. med. fis. Fiorentina 17. December 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

101) **A. de la Chapelle** (Finland). **Drei Fälle von infantilem Myxödem. (Tre fall af infantiel myxödem.)** *Finska Läkaresällskap. handl. Bd. XLV. p. 645.*

In allen 3 Fällen wurde ein gutes Resultat mittels Thyreoidinbehandlung erreicht.

E. SCHMIEGELOW.



102) **V. Christensen** (Kopenhagen). **Versuch einer Behandlung von Morbus Basedowii mittels Milch von thyreoidectomirten Ziegen. (Forsög paa Behandling af Morb. Basedowii med Mälk af thyreoidektomerede Geder.)** *Ugesk. f. Läger. p. 1139. 1903.*

Verf. hat 2 Patientin auf diese Weise behandelt. Sie wurden gebessert, und die Fälle ermuntern zu weiteren Versuchen. E. SCHMIEGELOW.

103) **Notiz des Herausgebers. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. (The surgical treatment of Graves' disease.)** *International Journal of Surgery. September 1903.*

In Anbetracht der Aussichtslosigkeit sonstiger therapeutischer Maassnahmen und der geringen Operationssterblichkeit empfiehlt Verf. die chirurgischen Eingriffe; es seien 60 pCt. Heilungen und 15 pCt. Besserungen vorhanden.

EMIL MAYER.

104) **George Murray. Notiz über die Serumbehandlung des Morbus Basedow. (Note on the serum treatment of exophthalmic goitre.)** *Lancet. 27. August 1904.*

Kurze Zusammenfassung der von Moebius, Portis, Lepine und Andern stammenden Arbeiten.

Verf. fütterte Kaninchen 33 Tage lang mit Schilddrüsenextract. Sie wurden getödtet, indem man sie verbluten liess; das Serum wurde gesammelt. Einer 20jährigen Patientin mit Morbus Basedow wurden 6 Wochen hindurch täglich 3—10 ccm von dem Serum verabfolgt. Sodann wurde 14 Tage lang das Moebius'sche Serum gegeben. Es liess sich keine merkbare Veränderung nachweisen. Eine andere 19jährige Patientin wurde ebenso behandelt ohne besonders guten Erfolg.

ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

105) **Lalagüe. Ueber die Tuberculose der Speiseröhre. (De la tuberculose de l'oesophage.)** *Thèse de Bordeaux. 1903.*

Die Tuberculose der Speiseröhre ist selten. Man beobachtet Ulcerationen, Granulationen oder Tuberkel und Perforationen. Die Affection kommt in der kachektischen Periode vor. Die Prognose ist sehr trübe, die Behandlung kann nur eine palliative sein. E. J. MOURE.

106) **Rocher. Ueber einen Fall von Speiseröhrentuberculose. (A propos d'un cas de tuberculose de l'oesophage.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 36. 1904.*

Der Fall wurde bei einem jungen Mädchen beobachtet, bei dem in Folge von Aetzung mit Kali causticum eine Verengerung der Speiseröhre bestand. Die Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt. E. J. MOURE.

107) **J. E. Thompson. Strictur der Speiseröhre infolge von Typhusgeschwüren. (Stricture of the oesophagus due to typhoid ulceration.)** *N. Y. Medical Record. 2. Juli 1904.*

Verf. theilt 3 Fälle mit; 9 andere hat er in der Literatur auffinden können.

Im ersten Fall konnte anfangs durch Dilatationsmethoden etwas Besserung bewirkt werden, jedoch starb der Pat. schliesslich in Folge Unfähigkeit zu schlucken. Eine gleiche Behandlung brachten im 2. und 3. Fall dauernde Besserung. Ueber die wahre Natur der Oesophagusulcerationen beim Typhus besteht noch keine Klarheit. Wahrscheinlich ist, dass die Geschwüre im unteren Theil Folge einer peptischen Digestion der Schleimhaut sind. Bemerkenswerth ist, dass von den 12 mitgetheilten Fällen 11 Männer betreffen.

LEFFERTS.

III. Gesellschaftsberichte.

a) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

30. Sitzung vom 26. October 1904.

Vorsitzender: Schmiegelow.

Schriftführer: Jörgen Möller.

I, Vald. Klein: Ein Fall von Tuberculosis nasi.

Schon vor 9 Jahren war die linke Nasenhälfte wegen Verstopfung kauterisirt worden; die Symptome haben sich seitdem nicht wesentlich geändert. Man sieht besonders an der unteren Muschel, aber auch auf dem Nasenboden zahlreiche kleine, flache, grauröthliche Knötchen, welche bei Sondenberührung leicht bluten.

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

31. Sitzung vom 30. November 1904.

I. Soph. Bentzen: Linksseitige Recurrensparalyse.

Ein 77jähriger Mann hatte seit einem Jahre in Zwischenräumen von ein paar Wochen wiederholte Anfälle von Schwindel und Heiserkeit; der Schwindel dauert gewöhnlich nur einige Stunden, die Heiserkeit einige Tage. Letzter Anfall vor 7 Wochen; seitdem hält sich die Heiserkeit jetzt unverändert. Das linke Stimmband steht in Medianstellung unbeweglich, ist weiss, ein wenig exkavirt; bei der Phonation bewegt sich das rechte Stimmband nach links, aber nur die etwas pachydermisch verdickten, den Proc. vocales entsprechenden Partien gelangen zur Berührung. Die übrige Untersuchung ergiebt nichts Besonderes, nur geringe Arteriosklerose und Lungenemphysem. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Paralyse centralen Ursprungs im Anschluss an einen kleinen apoplektischen Anfall.

II. Soph. Bentzen: Corpus alienum laryngis.

B. demonstrirte den Fremdkörper, ein zusammengeballtes Stückchen Eisendraht, das er aus dem Kehlkopfe eines 3jährigen Knaben entfernt hatte. Der Junge hatte plötzlich 5 Wochen vorher ohne bekannte Ursache stenotische Erscheinungen bekommen. Es wurde Tracheotomie vorgenommen, die Larynxstenose aber bestand unverändert. Es gelang nicht durch die in Narkose ausgeführte Laryngoskopie und Autoskopie eine Diagnose zu erreichen, erst die Digitalexploration ergab im rechten Sinus Morgagni ein spitzes Körperchen, das nunmehr mit einiger Beschwerde extrahirt werden konnte.



32. Sitzung vom 21. December 1904.

In der wissenschaftlichen Sitzung wurde nur Otologisches verhandelt, in der darauf folgenden administrativen Sitzung wurden als Würdenträger für das kommende Jahr gewählt:

Präsident: A. Grönbeck,
Vicepräsident und Schatzmeister: Jörgen Möller,
Schriftführer: Soph. Bentzen.

Jörgen Möller.

---

b) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 9. Juni 1904.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: K. v. Schiller.

1. E. v. Navratil: Ueber die Indicationen und Methoden der Operation des Kehlkopfkrebses.

Vortragender stellt, gestützt auf mehr als hundert Fälle, die Indicationen zur Operation und deren Methoden bei Kehlkopfkrebs seinen Erfahrungen gemäss fest. Er legt besonderes Gewicht bei der Indication auf die Eigenart des Kehlkopfkrebses und unterscheidet zwischen den weniger gefährlichen Plattenepithel- und Basalzellenkrebsen einerseits und den bösartigen verhornten Plattenepithelkrebsen und Medullarcarcinomen andererseits.

Er kennzeichnet die beiden ersten Eigenarten als solche, welche in jedem Stadium mit günstigem Erfolge operirbar sind. Im Anfangsstadium ist noch — obwohl in den selteneren Fällen — ein endolaryngealer Eingriff von Erfolg (B. Fränkel); in etwas vorgeschrittenerem Stadium macht er die Laryngofissur ohne präventive Tracheotomie, mit Entfernung des erkrankten Theiles im gesunden Gewebe und schliesst die Keklkopfwunde. In noch vorgeschritteneren Fällen — und diese waren die häufigeren — spaltet er den Kehlkopf nach vorangegangener Tracheotomie und entfernt alles Krankhafte ebenfalls im gesunden Gewebe (partielle Resection). Die Heilung geschieht bei offener Wundbehandlung und der Ernährung mittelst Schlundsonde. In diesen Fällen gelingt es, die Sprache des Kranken noch vernehmbar zu erhalten, etwas seltener das Athmen per os. Wenn die Erkrankung aber mehr als die Hälfte des Kehlkopfes ergriffen hat, vollführt er in allen Fällen die totale Exstirpation. Gelingt es, einen langen Stumpf der Trachea zu gewinnen, so näht er ihn an die Hautwunde; widrigenfalls schliesst er die Trachea — um einer Infection vorzubeugen — mit einigen Knopfnähten. Er näht nie den Oesophagus an die Wundränder, behandelt offen und ernährt den Kranken 6—8 Tage durch die Schlundsonde; gestattet das freie Schlucken nur dann, wenn die Granulation eine vorgeschrittenere ist. So vorgegangen, hat er bei beiden diesen Operationen eine infectiöse, septische Bronchopneumonie vermeiden können. Da er ein grösseres Gewicht auf die Vermeidung der Schluckpneumonie (durch Schliessung der Luftröhre) legt, als auf die Möglichkeit der künstlichen Sprache, so hat er die Bruns'sche Schluck- und Phonationscanüle — obwohl sie sehr ingenös ist — nicht in Anwendung ge-

bracht. Er beobachtete Fälle, wo theils durch, theils neben der Canüle, flüssige Speise und Getränke während des Schluckens aus der Wundöffnung flossen. Die Gluck'sche Phonationscanüle — die ebenfalls sehr sinnreich ist — könnte wohl verwendet werden, doch begnügen sich die Kranken infolge der Umständlichkeit ihrer Anwendung gewöhnlich mit der Lippensprache und dem Schreiben.

Im Fallle von geringfügiger Metastase der regionären Drüsen entfernt er dieselben vollkommen.

Besteht bei dem Kranken eine complicirende Bronchitis, so macht er vorher die Tracheotomie und erst nach Rückbildung der bronchitischen Symptome die Resection oder die totale Exstirpation und legt Gewicht auf dieses Vorgehen mit besonderer Berücksichtigung der, nach der Operation bei vorher bestandener Bronchitis sehr leicht auftretenden Bronchopneumonie.

Er vermeidet gern die Operation, wo die Erkrankung der vorderen Wand des Oesophagus constatirbar ist (sicheres Zeichen: schweres Schlucken).

Bei verhornten Plattenepithel- und den Medullarcarcinomen, sowie bei Greisen enthält er sich sowohl der Resection, als der totalen Exstirpation und begnügt sich bei eintretender Suffocation mit der Tracheotomie und erwähnt des Falles eines 76jährigen Greises, der bei einem verhornten Carcinom noch 2 Jahre nach der Operation lebte.

2. K. v. Schiller: Zwei Fälle von Laryngosklerom.

Erster Fall. Sklerom der Nasenhöhle und des Larynx; Dyspnoe; O-Dwyer-sche Intubation mit Erfolg vorgenommen; nach der Intubation auftretendes Fieber ganz analog dem Katheterfieber.

Zweiter Fall: Der Kranke wurde vor Jahren nach erfolgloser Intubation tracheotomirt und sodann erfolgreich mittelst Intubation behandelt und als beinahe geheilt entlassen. Recidiv. Wieder Intubation mit wenig Erfolg.

Sitzung vom 13. October 1904.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: K. v. Schiller.

1. E. v. Navratil: Stirnhöhlenempyem, radical operirt und geheilt.

Nachdem durch Ausspülungen der Stirnhöhle keine Besserung erreicht wurde, Operation am 13. September.

Bogenförmiger Schnitt durch die Augenbraue. Periost wird hinaufgeschoben und eine 4 mm breite Knochenspange gebildet. Die vordere Wand wird nur theilweise entfernt. Der Schnitt nach unten auf die Nase verlängert und der Processus frontalis des Kieferbeins durchmeisselt. Die Schleimhaut der Stirnhöhle, sowie die vorderen Siebbeinzellen wurden excochleirt. Die untere Wand der Stirnhöhle wird erhalten. Drainage durch die Nasenhöhle. Am 6. Tage Entfernung der Nähte, Heilung per primam. Nächsten Tag wird die Drainröhre entfernt.

Die Schmerzen hörten auf, die Secretion verminderte sich. Am 3. Octbr. kein Secret mehr vorhanden.

Der Erfolg der Operation ist ein vollkommener, sowohl in Betreff der Restitution des Gesundheitszustandes als auch in kosmetischer Beziehung, da der Kranke sich vollständig wohl fühlt und an der Operationsstelle nicht die geringste Entstellung wahrnehmbar ist.

Vortragender meint, dass es nicht in allen Fällen nothwendig ist, die Killian-schen Vorschriften in Allem zu befolgen, sondern dass die Operationsmethode immer dem Falle angepasst werden muss, da — wie es auch dieser Fall demonstrirt — es auch bei geringerem Eingriffe möglich ist, einen vollkommenen Erfolg zu erzielen.

Stellt den Kranken und 2 Röntgenaufnahmen vor.

2. K. v. Schiller: Recurrenslähmung, durch einen Tumor mediastini bedingt.

Der Tumor — wie durch Percussion, Auscultation und Radioskopie nachgewiesen wurde — ist unabhängig vom Herzen und den grossen Gefässen.

3. Lipscher: Polypus cavi nasopharyngealis.

Bei der Rhinoskopia posterior ist eine kleinbirnförmige, graue Geschwulst zu sehen, deren Oberfläche grau schimmernd, glatt und derb anzufühlen ist und fast das ganze Cavum ausfüllt. Die Geschwulst hängt durch einen breiten Ansatz mit dem Fornix und der linken oberen Muschel zusammen. Die Entfernung der Geschwulst beabsichtigt v. Navratil mit der galvanocaustischen Schlinge auszuführen. Neuerliche Vorstellung nach der Operation. v. Navratil.

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 13. November 1903.

Vorsitzender: Wyatt Wingrave.

Wyatt Wingrave: Fall von persistirender oberflächlicher Hyperämie der Nase durch Entfernung adenoider Vegetationen geheilt.

Der 21jährige Patient war Abstinenzler. Die seit 10 Jahren bestehende leuchtende Röthe der Nasenhaut wurde durch eine auf Erleichterung der Verdauungsthätigkeit gerichtete Behandlung nicht beeinflusst. Die Hautgefässe innerhalb der rothen Partie waren erweitert. Einen Monat nach Entfernung der adenoiden Vegetationen hatte die Nase normales Aussehen.

Mayo Collier fand öfters solche Nasenröthe als Folge einer Nasenverstopfung durch Muschelhyperplasie.

Dundas Grant meint, dass oft Entzündung des Vestibulum nasi als Ursache für die Nasenröthe anzuschuldigen sei.

Mayo Collier: Stirnhöhlenempyem.

Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, der dreimal wegen Stirnhöhlenempyem operirt wurde. Zweimal trat ein Recidiv ein, weil die Oeffnung nach der Nase zu stenosirte. Die dritte Operation bestand nur in Curettage des Infundibulum und Beseitigung der Stenose. Pat. schien geheilt. Es wird auf die Nothwendigkeit hingewiesen, in allen Fällen von Nebenhöhleneiterung die Stenose zu beseitigen.

Dundas Grant, Barwell und Bark betheiligen sich an der Discussion.

Dundas Grant: Fall von Fibrom des Nasenrachens, von der Pterygoidregion ausgehend bei einem 12jährigen Knaben. Entfernung.

Jobson Horne: Fall von Papillom der Nasenmuschel.

Haslam: Ein verbesserter Perforator für die Kieferhöhle.

Percy Goldsmith: Ein ungewöhnlicher Fall von Kieferhöhlenempyem.

Das Antrum wurde in der Fossa canina geöffnet, um die Entfernung einer vom Patienten selbst eingeführten Irrigationsröhre ermöglichen zu können. Die Oeffnung wurde in Höhe des dritten Molarzahns angelegt. Das Röhrchen konnte nicht gefunden werden, dagegen entdeckte man in der äussern und hintern Wand der Höhle Fistelöffnungen und Eiter. Einige Tage später wurde die Tube vom Patienten in seinem Rachen gefunden.

Stuart Low nimmt an, dass es sich um eine Teilung der Kieferhöhle gehandelt habe und dass die Fistel in dem lateralen Theil derselben sich befand.

Bark: Fall von Rhinitis caseosa.

24jährige Frau; seit 2 Jahren Absonderung aus der Nase. In der linken Nase fand man krümelige, fade riechende Massen, die nach der Entfernung nicht wiederkehrten. Eine Untersuchung des entfernten Materials wird nicht angegeben.

Dundas Grant hat mehrere derartige Fälle gesehen. Er glaubt, dass ein wesentliches Moment für ihr Zustandekommen in der Metaplasie des Cylinderepithels in Pflasterepithel besteht; es folgt dann Desquamation desselben und Anhäufung der desquamirten Epithelmassen. So hat er vor Kurzem bei einer Frau die linke Kieferhöhle mit käsigem Material angefüllt gefunden.

Sitzung vom 29. Januar 1904.

Vorsitzender: John Bark.

Kelson: Laryngitis bei einem 20jährigen Mädchen.

Stuart Low: Nasenpolypen bei einem 7jährigen Knaben.

Andrew Wylie: Fall von primärem Lippenkrebs bei einem Weibe.

Derselbe: Fall von — wahrscheinlich maligner — Neubildung des Oesophagus mit Lähmung der Stimmbänder bei einer 69jährigen Frau.

9 Monate früher begannen Schluckbeschwerden, seit 6 Monaten besteht Lähmung des linken Stimmbandes. In einer Entfernung von 7 Zoll von den Zähnen stösst die Sonde auf ein Hinderniss.

Wyatt Wingrave: Fall von Kehlkopferkrankung zur Diagnose.

Kelson: Fall von Eruption auf der Pharynxschleimhaut.

Die Eruption hatte Aehnlichkeit mit Schleimhauttuberkeln.

Harold Barwell: Fall von Laryngitis syphilitica.

Es handelte sich um eine gummöse Affection des Kehlkopfs bei einer 57jährigen Frau; nachdem unter Jodbehandlung nur geringe Besserung erzielt worden war, trat unter intramuskulären Hg-Injectionen Heilung ein.

Dundas Grant führt einen ähnlichen Fall an, in dem gleichfalls die intramuskulären Quecksilbereinspritzungen einen günstigen Erfolg hatten.

John Bark: Geschwulst in der vorderen Commissur bei einer 20jährigen Frau.

Es handelte sich um ein weiches Fibrom von dem Umfang einer grossen Erbse, das mit der Schlinge entfernt wurde.

Wyatt Wingrave bespricht die Bildung von Geschwülsten in dieser Region vom Standpunkt der Entwickelungsgeschichte aus.

Mayo Collier: Latente oder intermittirende Nasenverstopfung. Redner lenkt die Aufmerksamkeit auf die Form der Nasenverstopfung, die nur besteht, sobald die Patienten sich niederlegen. Diese Fälle können der Therapie grossen Widerstand leisten, wenn man nicht auf die Schwellung der Septumschleimhaut achtet, die, wenn der Patient wach ist, oft das einzige sichtbare Zeichen ist. Er glaubt, dass diese nächtliche Nasenverstopfung häufig der Anlass ist für Nasenhöhlen- und Ohrenerkrankungen.

Sitzung vom 11. März 1904.

Vorsitzender: John Bark.

Der Vorsitzende giebt einen Ueberblick über die neueren Fortschritte in der Specialwissenschaft.

Kelson: Lähmung des rechten Stimmbandes; Anzeichen von Speiseröhrenstrictur.

Peter Abercrombie: Fall von käsiger Rhinitis.

Redner hält die aus der Nase entfernten Massen für Ueberbleibsel einer vorangegangenen acuten Nasenhöhleneiterung (Keilbeinempyem?).

Wyatt Wingrave hat das Material untersucht und gefunden, das Krystalle von flüchtigen Fettsäuren, aber keine Epithelreste oder Cholestearin vorhanden waren.

Frederick Spicer: Kehlkopftumor zur Diagnose.

Dundas Grant: Fall von acuter Laryngitis nach Influenza.

Mayo Collier: Fall von chronischer Osteomyelitis mit alter Ulceration des Gaumens.

R. H. Woods: Skiagramm einer Kieferhöhle.

Derselbe: Künstliches Gebiss aus dem Oesophagus entfernt; Oesophago-Trachealfistel.

Der Fremdkörper hatte 4 Monate lang in der Speiseröhre gesessen; er wurde dann per vias naturales entfernt. Man fand eine Fistel vom Oesophagus zum oberen Ende der Trachea.

Dundas Grant erinnert sich eines aus Hamburg stammenden Falles von Fistelbildung, in dem eine Hahn'sche Canüle dem Patienten ermöglichte, bequem Speisen zu schlucken.

Wyatt Wingrave: Mikroskopisches Präparat von einer malignen Geschwulst.

Zwei Formen angeblicher Krebsparasiten werden demonstrirt — freie und eingekapselte. Sie finden sich auch bei Lupus, adenoiden und gutartigen Geschwülsten. E. B. Waggett.

---

d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. März 1904.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Der Vorsitzende demonstrirt ein Messer zur Schlitzung der Tonsillarlacunen, eine Zange für Nasenpolypen.

Furniss Potter: Fall von Unbeweglichkeit der rechten Stimmlippe bei einem 19jährigen Manne.

Das Stimmband stand unbeweglich in der Mittellinie; die Aryknorpelschleimhaut war roth und geschwollen. Es wird angenommen, dass es sich um eine — wahrscheinlich tuberculöse — Infiltration des Crico-arytaenoidgelenkes handelte.

Derselbe: Fall von Infiltration des Kehlkopfes mit Befallensein beider Crico-arytaenoidgelenke, mit indurirtem Ulcus auf der Zunge.

Es bestand eine harte ulcerirte Schwellung am Zungenrand etwas nach hinten zu. Rechtes Stimmband unbeweglich in der Mittellinie und von dem geschwollenen Taschenband fast verdeckt. Rechte Aryknorpelgegend und rechte ary-epiglottische Falte infiltrirt. Die Abductionsbewegungen links beschränkt. Deutlicher inspiratorischer Stridor. Tracheotomie. Eine combinirte Jod-Quecksilberbehandlung hatte keinen Effect, die Larynxschwellung hat in letzter Zeit zugenommen.

Dundas Grant, der Vorsitzende und de Santi äussern sich zu dem Fall. Der Letztere spricht sich für die probatorische Thyreotomie in solch zweifelhaften Fällen aus.

Smurthwaite demonstrirt ein Präparat von Tuberculose des Kehlkopfes und der Trachea mit sehr schnellem Verlauf bei einem 67jährigem Manne.

Herbert Tilley: Eine Kranke, bei der wegen Empyem der linken Oberkieferhöhle, Stirnhöhlen- und Siebbeinempyem Radicaloperationen gemacht worden sind.

Bei der 20jährigen Patienten bestanden chronische Eiterung und Polypen. Januar 1903 wurde die linke Stirnhöhle und die vorderen Siebbeinzellen operirt. Juni 1903 Caldwell-Luc'sche Operation beider Kieferhöhlen, die sich mit polypösen Massen erfüllt erwiesen. Das Resultat war völlig befriedigend.



Herbert Tilley: Fall von doppelseitigem Empyem der Stirnhöhlen, Siebbeinzellen, Keilbein- und Kieferhöhlen; radical operirt.

Nachdem die 58jährige Patientin 2 Jahre lang sich mit Ausspülungen von den Alveolen behandelt hatte, entschloss sie sich zur Radicaloperation, da die Kopfschmerzen immer heftiger wurden. Zuerst wurden beide Stirnhöhlen eröffnet und eine breite Communication nach der Nase zu geschaffen; die Siebbeinzellen wurden gründlich curettirt. Die Behandlung des linken Siebbeins war wegen einer grossen Septumleiste sehr schwierig. Von dem Tage der Operation an förderte die Ausspülung der Kieferhöhlen keinen Eiter mehr zu Tage, ein Beweis, dass diese nur als Reservoir für den Eiter gedient hatten. Da in den hinteren oberen Partien der Nase sich immer noch Eiter zeigte, so wurde die Killian'sche Radicaloperation gemacht und es fand sich, dass der vordere Theil der lateralen Siebbeinzellen gleichfalls erkrankt war. Curettage derselben bis zur vorderen Keilbeinhöhlenwand. Heilung.

Herbert Tilley: Chronisches Empyem der Stirn-, Siebbein- und Oberkieferhöhle.

Radicale Operation der linken Stirn- und Oberkieferhöhle mit vorzüglichem Resultat.

St. Clair Thomson macht auf die wesentliche Bedeutung aufmerksam, die in diesen Fällen den Siebbeinzellen zukommt. In einem der Fälle, die nach Killian operirt wurden, wurde nicht die von Killian in Bezug auf das Stehenlassen der Brücken gegebene Vorschrift befolgt und doch war das Resultat gut. Es empfiehlt sich bei der Killian'schen Operation, um die Blutung zu stillen, häufig Gaze, die in Wasserstoffsuperoxyd getaucht ist, aufzulegen.

Kelson: Fall von Nasenfistel.

Die 20jährige Patientin zeigt in der Medianlinie der Nase eine Fistelöffnung; die Sonde konnte ein Stückchen weit in dieselbe eindringen, es bestand jedoch keine Communication mit der Nasenhöhle. Vor 3 Jahren hatte Patientin einen heftigen Schlag auf die Nase erhalten.

Dundas Grant: Geschwür der Tonsille, wahrscheinlich Primäraffect mit ausgesprochenen Hautsyphiliden.

Auf der rechten Tonsille ein excavirtes Geschwür, mit etwas indurirtem Grunde; auf der linken Tonsille eine Plaque muqueuse. Starke Drüsenschwellung. Auf den Armen und anderen Körpertheilen ausgesprochenes Syphilid.

Derselbe: Fall von hochgradigem Kehlkopfödem, wahrscheinlich nach einer Tertiäraffection.

28jähriger Mann, seit 14 Tagen heiser. Man fand enormes Oedem der aryepiglottischen Falten, der rechten Hälfte der Epiglottis und der entsprechenden Partie der Rachenwand. Von dem unbeweglichen rechten Stimmband sah man nur einen Theil. Patient hatte vor 6 Jahren Lues acquirirt; man stellte die Diagnose auf gummöse Perichondritis mit nachfolgendem Oedem. Unter Mercurialbehandlung und Incisionen in die ödematösen Theile trat Heilung ein.

Atwood Thorne: Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand.

32jähriger Mann; vor 2 Jahren, als er zuerst untersucht wurde, bestand eine stecknadelkopfgrosse Communication zwischen Mund und Nasenrachen. Damals stand Pat. seit 3 Jahren unter Behandlung mit Jod und Quecksilber. Seitdem ist die Oeffnung allmälig grösser geworden, zweifellos in Folge Retraction der Verwachsungen zu den fixirten Punkten ihrer Peripherie.

Richard Lake: Chorditis tuberosa bei einer jungen Frau.

Patientin war keine Sängerin oder Berufsrednerin, musste aber im Verkehr mit einer tauben Schwester oft laut sprechen.

Derselbe: Tuberculöses Ulcus des linken Stimmbandes.

L. bedient sich zur Behandlung der tuberculösen Ulcera einer folgendermaassen zusammengesetzten Lösung:

Acid. carbol.	10	Theile,
Formalin	10	,,
Acid. lact.	50	,,
Aq. dest.	30.	,,

Fitzgerald Powell: Schwellung des rechten Taschenbandes.

34jähriger Mann. Keine Anzeichen von Tuberculose. Zur Diagnose vorgestellt.

Derselbe: Fall von Sequester aus der Nase.

Man fand einen grossen Sequester in der rechten Nase. Das Septum war perforirt. Wegen grosser Schmerzhaftigkeit musste die Extraction des Sequesters mittels allgemeiner Anästhesie gemacht werden. Er stellt das ganze Os intermaxillare dar; man sah an ihm die Stelle, wo sich die mittleren oberen Schneidezähne ansetzten.

Tilley hat den Zwischenkiefer durch den Mund entfernt bei einer Patientin mit Ausfluss aus der Nase und grosser Schwellung der Oberlippe.

H. J. Davis: Oedem und Stenose des Larynx.

Es handelt sich um einen Patienten, der wegen secundärer Syphilis in Behandlung war. Vor 3 Wochen entwickelte sich bei ihm eine heftige Dyspnoe. Aryknorpelgegend und Epiglottis stark ödematös; man sah bei der Inspiration eine Masse ödematöser Schleimhaut, die beweglich war und einem grossen Polypen glich.

Grant hält den Fall für syphilitische Perichondritis. Er räth zum Gebrauch der schneidenden Zange.

Lambert Lack hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Er räth ebenfalls zur Entfernung der ödematösen Masse.

Sitzung vom 8. April 1904.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Saint-Clair Thomson: Membranöse Ulceration im Rachen bei einer 36jährigen Frau.

Auf der oberen Partie jeder Tonsille sass ein scharf umschriebenes Ulcus,

bedeckt von einer leicht abreissbaren falschen Membran. Untersuchung auf Vincent'sche Spirillen und fusiforme Bacillen negativ. Unter antisyphilitischer Behandlung begannen die Ulcerationen sich zu reinigen; gleichzeitig erschien auf dem Gaumensegel eine Plaque muqueuse.

De Santi: Fall von chronischer Pachydermia laryngis.

43jährige Frau, seit 15 Jahren heiser, zeigt erhebliche Verdickung der Interarytaenoidregion und an den Processus vocales.

Lack und Dundas Grant weisen auf die Wichtigkeit der Behandlung von etwa bestehenden intranasalen Affectionen in diesen Fällen hin.

Der Vorsitzende hat in dem vorgestellten Fall eine bei reiner Pachydermie seltene circumscripte Verdickung auch in der vorderen Commissur beobachtet.

Lambert Lack: Fall von doppelseitiger Abductorlähmung traumatischen Ursprungs.

Vor 18 Monaten schnitt sich Patient fast völlig die Kehle durch; die Trachea wurde unterhalb des Ringknorpels fast ganz durchtrennt. Augenscheinlich waren beide N. recurrentes verletzt und seitdem besteht eine völlige doppelseitige Lähmung. Die Narbenstenose der Trachea wurde durch Einlegung einer T-Canüle gebessert.

Es handelt sich nun um die Frage des Verschlusses der Trachealfistel. Es besteht beiderseitige Abductorlähmung, die auf der einen Seite nur partiell ist; dies verursacht auch bei geringen Anstrengungen Dyspnoe, sobald man die Trachea verschliesst.

Sir Felix Semon glaubt nicht, dass die Lähmung auf eine Verletzung der beiden Recurrentes zurückzuführen ist. Er hält es für plausibler, anzunehmen, dass sich in der Nähe der Nerven eine erhebliche Menge Narbengewebe gebildet habe, durch das eine Compression der Nerven bewirkt worden sei. In Bezug auf die Behandlung räth er, sich mit dem jetzigen Zustand zufrieden zu geben. Abtragung der einen Stimmlippe würde zu keiner dauernden Besserung führen, da an seiner Stelle sich Narbengewebe entwickelt. Wenn man die Wunde schliesst, so besteht die Gefahr, dass bei einer katarrhalischen Schwellung eine Stenose eintritt.

Der Vorsitzende und Watson Williams betheiligen sich an der Discussion.

W. Tod: Tuberkulöse Laryngitis bei einem 13jährigen Mädchen mit Lungenphthise.

Dauer der Erkrankung 2 Monate. Die tuberkulösen Veränderungen betrafen besonders den Interarytaenoidalraum und die Taschenbänder.

Derselbe: 3 Fälle von Resection des Septum wegen Deviation.

Es wurde eine Modification der Krieg-Bönninghaus'schen Operation mit gutem Resultat angewandt. Es wurde unter allgemeiner Anästhesie operirt, dabei aber auch Cocain und Adrenalin benutzt. Zur Entfernung des Knorpels und der Schleimhaut auf der concaven Seite hat sich T. einer nach seinen Angaben be-

sonders construirten Zange bedient. Bereits 48 Stunden nach der Operation ging der Pat. wieder seinem Beruf nach.

Watson Williams wünscht zu wissen, ob eine Deformität resultirt, wenn die Resection an den freien Rändern des Knorpels begonnen wird, ferner, welche Resultate die Operation bei Kindern hat.

Ball hat die Operation viele Jahre lang ausgeführt. Wenn der vordere Theil des Septums verbogen war, so begann er die Resection an den freien Rändern und hat niemals eine Deformität daraus hervorgehen sehen. Bisweilen erhält er die convexe Schleimhaut und näht sie.

St. Clair Thomson hat gleichfalls die submucöse Resection mit gutem Erfolg und unmittelbarer Heilung angewandt.

Tod hat als einen Uebelstand empfunden, dass während der Heilungsdauer, bisweilen 2 Monate lang, starke Krustenbildung vorhanden ist.

Tilley: Fall von Dauererfolg nach einer Operation bei ausgedehnter Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand.

Der Fall wurde bereits März 1903 vorgestellt.

Der Vorsitzende, Fitzgerald Powell, De Santi sprachen; letzterer hat einen Fall, bei dem die Heilung seit 6 Jahren andauert.

Kelson: Rachenerkrankung Diphtherie vortäuschend.

Ein 25jähriger und ein 40jähriger Mann mit weissen Flecken auf rother Basis im Rachen und auf den Tonsillen, die seit fast einem Jahr bestehen, zeitweilig fast ganz verschwinden. Keine Zeichen von Syphilis in der Anamnese; antisyphilitische Behandlung ohne Effect.

Ball: Melanosarkom des weichen Gaumens.

Bei dem 53jährigen Patienten wurde vor 8 Monaten die Geschwulstbildung am Gaumen bemerkt. Ausser zahlreichen schwachen Flecken am Gaumen und der Wange befand sich ein flacher, schillinggrosser Tumor am Velum. Es bestand Drüsenschwellung am Halse und Patient hatte in den letzten Monaten erheblich an Gewicht abgenommen.

De Santi schlägt trotz der schlechten Prognose ausgedehnte operative Entfernung des Velum vor.

Waggett: Eine Scheere zur Durchtrennung des Schildknorpels.

W. hat das Instrument in 6 Fällen bei Thyreotomie benutzt. Verletzung der Stimmbänder ist damit unmöglich.

Sir Felix Semon hat die Trennung der Schildknorpelplatten bei Ossification oft schwierig gefunden; solche Fälle bilden seiner Erfahrung nach die Mehrzahl.

Waggett: Aseptischer Stirnspiegelgriff.

Der Griff ist abzunehmen und auskochbar.

E. B. Waggett.



e) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Januar 1905.

Kuttner stellt eine hereditär belastete 26jährige, im 5. Monat gravide Pat. mit tuberkulöser Infiltration beider Taschen-, Stimmbänder und der hinteren Larynxwand vor; an der rechten Lungenspitze unbedeutende Dämpfung und etwas rauhes Athmen.

Er erörtert an diesem Falle, wie schwer es oft ist, die Entscheidung darüber zu treffen, ob man bei Complication der Kehlkopftuberkulose mit Schwangerschaft den Abort resp. die Frühgeburt einleiten soll. Diese Pat. hat schon ein anscheinend gesundes Kind geboren, obwohl sie in der Gravidität auch tuberkulös war, und keine nennenswerthe Verschlechterung ihres Befindens nach der Geburt erlitten. Eine eingreifende Therapie bei florider Larynxphthise kann er aber nicht empfehlen. Der Krankheitsprocess scheint hier auch nicht fortzuschreiten, der Lungenbefund ist ein günstiger. Andererseits ist die Einleitung einer Frühgeburt ein schwerer Eingriff. Daher möchte er sich abwartend verhalten. Tritt Athemnoth ein, so bleibt das Curettement oder die Tracheotomie.

Herzfeld fragt, ob der Abort den Patientinnen einen erheblichen Vortheil bringt.

E. Meyer hat in einem entsprechendem Falle die Frühgeburt mittelst vaginalen Kaiserschnittes vornehmen lassen; der tuberkulöse Process in Kehlkopf und Lunge ist danach rapide fortgeschritten.

Alexander sah nach Einleitung eines Abortes ebenfalls eine Verschlechterung des Kehlkopf- und Lungenbefundes.

A. Rosenberg: Es fragt sich, ob in solchen Fällen die Verschlimmerung des tuberkulösen Processes auf Rechnung der Operation zu setzen ist. Man muss bei der Frage eines einzuleitenden Abortes den Zustand des Larynx, der Lunge, das Allgemeinbefinden, die familiären Verhältnisse und manches Andere berücksichtigen. Er führt zwei Fälle an, in denen die Gravidität eine erhebliche Verschlechterung des tuberkulösen Leidens resp. das Wiederaufflackern einer geheilten Kehlkopf- und Lungenphthise herbeigeführt hat; in letzterem Falle trat einige Tage nach der Entbindung der Tod der Mutter ein.

Kuttner sah einmal auch nach Einleitung der Frühgeburt den Tod eintreten. Entscheidend ist der Zustand der Patientin zur Zeit, wo man zum Abort schreitet. Wartet man bei leichter Larynxerkrankung zu lange ab, so wird es oft dafür zu spät, resp. man muss eine Frühgeburt einleiten.

Davidsohn stellt einen 20jährigen Patienten (Schriftsetzer) vor, bei dem das linke Stimmbnnd etwa in Cadaverstellung fast unbeweglich steht; eine Ursache für die Lähmung lässt sich nicht finden. Da Pat. aber einen Bleisaum an dem Zahnfleisch zeigt, handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Bleilähmung.

E. Meyer: Ein Fremdkörper im rechten Bronchus und seine Entfernung durch die Bronchoskopie.

Ein mehrfach wegen Diphtherie und Granulationsstenose tracheotomirtes und laryngotomirtes Kind zeigte eine die vorderen zwei Drittel des Larynx einnehmende,

Athemnoth verursachende Membran, die endolaryngeal gespalten werden sollte. Der dieselbe bedeckende Schleim sollte im Kilian'schen Röhrenspeculum mit dem Watteträger fortgewischt werden und dabei müssen die Ränder, der stenosirten Stelle den Ring derselben fortgeschoben haben — der Wattebausch fiel in die Tiefe. Tracheoskopisch war er nicht zu entdecken. Am nächsten Abend Temp. 39,5, rechts beginnende Atelektase. In der Narkose wird am hängenden Kopfe durch die Trachealfistel das Bronchoskop eingeführt und man fand, nachdem man 2 cm in den rechten Bronchus eingedrungen war, den Fremdkörper und extrahirte ihn leicht. Nach 2 Tagen war das Kind geheilt. Wegen des eben angegebenen Ereignisses warnt M. vor den Kilian'schen Watteträgern. A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Am 13. März beging einer der Pioniere der Laryngologie, Geh. Rath Prof. Dr. Adalbert Tobold zu Berlin, sein 50jähriges Doctorjubiläum und empfing die Glückwünsche zahlreicher Freunde und Collegen. Unter den Gratulanten will auch das Centralblatt nicht fehlen.

In Beantwortung mehrfacher Anfragen die Mittheilung, dass die Berliner Photographische Gesellschaft das Sargent'sche Portrait Manuel Garcia's in Photographure vervielfältigt hat und dass der Preis der Copie sich auf 21 Mark, derjenige der wenigen noch nicht verkauften „Avant la lettre"-Exemplare sich auf 105 Mark stellt.

Société Française d'Otologie et de Laryngologie.

Paris, le 15 Février 1905.

Monsieur et très honoré Confrère.

J'ai l'honneur de vous informer que la Société Française d'Otologie et de Laryngologie se réunira le

Lundi 8 Mai 1905, à 9 h. du matin

à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 8, Rue Danton, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, *avant le 15 Avril,* au Secrétaire général.

J'ai aussi l'honneur de vous rappeler, qu'à sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion, la discussion des questions suivantes:

1° Des indications opératoires dans les différentes formes cliniques et anatomiques des sinusités frontales.

Rapporteur: M. Lombard.

2° Des adénopathies dans les affections du nez et de la gorge.

Rapporteur: M. Georges Gellé.

Agréez, Monsieur et très honoré Confrère, l'expression des mes sentiments les plus dévoués.

Le Secrétaire Général:

Dr. Joal, Paris, 17, rue Combacérès.

Die Laryngologie und der internationale medicinische Congress zu Lissabon.

Die Gegenwart so vieler hervorragender Laryngologen aus verschiedenen Theilen der Welt bei dem Garcia-Jubiläum bot eine willkommene Gelegenheit, die Frage zu besprechen, welche Haltung die Laryngologie gegenüber den Beschlüssen des Lissaboner Comités einnehmen solle. Es fand demgemäss am 18. März im Hause des Herausgebers des Centralblatts eine Versammlung statt, an der sich ausser zahlreichen bekannten britischen Laryngologen Vertreter der deutschen,

französischen, österreichichen, belgischen, holländischen und italienischen Laryngologie betheiligten. Die Rednerliste umfasste die Namen von B. Fränkel, Chiari, Moure, Lermoyez, Moll, Burger, Delsaux, Goris, Poli, Semon. Obwohl der informelle Charakter der Versammlung die Aufstellung und Annahme bestimmter Resolutionen a priori ausschloss, so war absolute Einmüthigkeit unter den Versammelten dahin vorhanden, dass kein Laryngologe sich an den Verhandlungen internationaler medicinischer Congresse in einer Abtheilung betheiligen solle, deren Stellung eine niedrigere sei, als die anderen anerkannten Specialitäten zugebilligte! — Der Unterzeichnete theilte der Versammlung mit, dass die Londoner laryngologische Gesellschaft bereits eine hierauf abzielende Resolution einstimmig angenommen habe (vgl. Centralblatt Februar 1905, p. 89), und verschiedene der auswärtigen Delegierten erklärten, die Frage sofort nach ihrer Rückkehr ihren betreffenden Gesellschaften unterbreiten zu wollen.

Es wurde weiterhin in Erwägung gezogen, was geschehen solle, wenn das Lissaboner Comité sich auch weiterhin hartnäckig den berechtigten Anforderungen der Laryngologie verschlösse. Die Bildung eines unabhängigen internationalen laryngologischen Congresses wurde erörtert. Während alle Redner, wenn auch manche derselben mit Bedauern, die Nothwendigkeit anerkannten, eine solche Centralstelle zu schaffen, falls nicht noch in letzter Stunde das Lissaboner Comité ein besseres Verständniss für die Sachlage gewönne, gingen, wie vorauszusehen war, die Ansichten darüber auseinander, ob das eventuell zu begründende Institut internationaler laryngologischer Specialcongresse unabhängig von den bereits bestehenden analogen otologischen Congressen creirt, oder mit letzteren verschmolzen werden solle. Auch diese Frage wird von den einzelnen Specialgesellschaften weiter erörtert werden müssen.

Jedenfalls geht aus obigem Bericht, ebenso wie aus der Resolution der Londoner laryngologischen Gesellschaft und dem Leitartikel des British Medical Journal vom 4. Februar klar hervor, in welch merkwürdiger Selbsttäuschung das Lissaboner Organisations-Comité befangen ist, wenn es sich mit der Hoffnung schmeichelt, dass mein Protest gegen die ebenso willkürliche wie kurzsichtige Schmälerung der Stellung der Laryngologie bei den internationalen Congressen, die es geglaubt hat sich erlauben zu können, den Ausdruck der Unzufriedenheit einer einzelnen Persönlichkeit darstellt! — An meiner Seite steht nicht nur meine ganze Specialität, sondern, wie es der Leitartikel des British Med. Journal bereits bewiesen hat, und wie andere gewichtige Aeusserungen es in nächster Zeit beweisen dürften, billig denkende Vertreter der allgemeinen Medicin und der medicinischen öffentlichen Meinung. Der Weg, den das Comité jetzt einzuschlagen gewillt scheint: seine combinirte Subsection um jeden Preis zustande zu bringen, und zu diesem Zwecke unbekannte Grössen mit der Einführung der allgemeinen Discussionen zu betrauen, — ein Ehrenamt, das bisher als Zeichen internationaler Anerkennung für hervorragende Leistungen in der betreffenden Frage galt — wird sich ebenso richten, wie sein sonstiges Vorgehen! —

Ich benutze diese Gelegenheit zu einer Richtigstellung einer Beschwerde des Herrn Generalsecretärs des Congresses, Professor Bombarda, gegen mich persönlich und zu einer Erörterung der Tragweite der ganzen Frage. Der Herr Generalsekretär beklagt sich, wie ich erfahren habe, dass ich die Lissaboner Autoritäten in meinem in der Januar-Nummer des Centralblatts veröffentlichten Briefe an den Präsidenten des britischen Nationalcomités „angegriffen" hätte, ohne dieselben hiervon in Kenntniss zu setzen.

Die einfache Antwort auf den zweiten Theil der Beschwerde ist, — wie jeder Leser des Centralblatts sich aus dem Postscriptum meines Briefes überzeugen kann — dass ich nicht die geringste Veranlassung hatte, dem Herrn Generalsekretär die wörtliche Uebersetzung eines Briefes zuzusenden, von dem ich wusste, dass sein Original sich noch vor seiner Veröffentlichung in seinem Besitze befinden würde! —

Aber das ist überhaupt nicht von der geringsten Wichtigkeit. Was viel wichtiger ist, ist, dass der Herr Generalsecretär darüber klagt, dass ich die

Lissaboner Autoritäten „angegriffen“ hätte. Das zeugt von einer so vollkommenen Verkennung der wahren Sachlage, dass er mir vergeben muss, wenn ich dieselbe richtig stelle. Wenn ein Mann einen anderen seines ehrlich erworbenen Besitzthums zu berauben versucht und der andere sich zur Wehre setzt, so nennt man das in der Sprache aller Nationen nicht einen „Angriff“, sondern eine „Vertheidigung“. Und das ist es, was in diesem Falle vorliegt! — In willkürlichster Weise versucht dasselbe Comité, das gleichzeitig eine volle Section für die „Chirurgie der Harnwege“ constituirt, die Laryngologie der Stellung zu berauben, die sie seit 1884, d. h. seit 21 Jahren bei analogen Gelegenheiten eingenommen hat. Wenn man hiergegen protestirt, so greift man nicht an, sondern vertheidigt sich gegen eine willkürliche Vergewaltigung!

Und hier komme ich zu dem principiell wichtigsten Theil der ganzen Frage:

Die Auffassung, die ich — und viele Andere mit mir (vgl. z. B. den Leitartikel des Brit. Med. Journal) von den Pflichten und Rechten der jeweiligen Organisationscomités der internationalen Congresse haben, ist offenbar grundverschieden von der der temporären Machthaber. Meine Freunde und ich glauben, dass ein Organisationscomité von so kurzlebiger Dauer, wie es die Comités der internationalen medicinischen Congresse sind, sich nur als Verwalter einer ihnen zeitweilig anvertrauten Institution betrachten und tiefgehende, principielle Veränderungen nur aus den zwingendsten Gründen vornehmen sollten. Wenn also ein ganz neuer Zweig der Wissenschaft, wie z. B. die Bacteriologie, entsteht und ihren Anspruch auf gesonderte Vertretung begründen kann, so wird es die Pflicht des Organisationscomités werden, ihm eine solche Vertretung zu gewähren. Umgekehrt, wenn die praktischen Erfahrungen unserer Congresse bewiesen haben, dass kein Bedürfniss für eine gewisse Section besteht, ist es das Recht und die Pflicht des Organisationscomités, die betreffende Section fortfallen zu lassen. — Nicht aber sollte ein Organisationscomité eine bewährte Einrichtung aus localen Gründen oder aus blosser Caprice antasten! — Leider ist man nur zu oft nach anderen Grundsätzen vorgegangen. Nach den traurigen Erfahrungen, die sonderbarerweise gerade die Laryngologie seit 25 Jahren immer und immer wieder bei diesen Gelegenheiten gemacht hat, scheinen die Mitglieder der verschiedenen Organisationscomités geglaubt zu haben, dass die Annahme der Einladung ihres Heimathlandes seitens des vorhergehenden Congresses sie berechtige, ihrer Willkür hinsichtlich der Einrichtung neuer, der Erhöhung, der Erniedrigung oder Unterdrückung bestehender Sectionen, völlig freien Zügel schiessen zu lassen. Wenn also z. B. dem betreffenden Organisationscomité zufällig ein einflussreicher Mann angehört, der eine besondere Vorliebe für eine bisher noch nicht in Gestalt einer Section vertretene Specialität hat, so soll anscheinend der Rest der Welt in stummer Ehrfurcht lesen, dass bei der betreffenden Gelegenheit eine neue Section creirt worden ist, obwohl für dieselbe weder ein wirkliches Bedürfniss vorliegt, noch ihre Constituirung allgemein gewünscht worden ist! — Gehört aber demselben Organisationscomité zufällig kein Laryngologe an — und wie ich fürchte, ist das nur zu oft bei diesen Gelegenheiten der Fall gewesen — so bietet unsere arme Specialität ein treffliches Versuchsobject für sittliche Bestrebungen! „Wir müssen der Zersplitterung der Medicin entgegentreten“ heisst die Parole. Und dann wird munter darauf los decretirt, dass die Laryngologie entweder mit der Otologie gegen den ausdrücklichen Wunsch beider Specialitäten in eine Section verschmolzen, oder dass die eine oder die andere der beiden, oder beide zusammen zu einer Subsection degradirt werden sollen. Gelegentlich, wie einst in Moskau und jetzt wieder in Lissabon, wird gar der ehrenvolle Gedanke rege, uns mit den Zahnärzten in einen Topf zu werfen! Und das Alles zur Verhinderung der berühmten „Zersplitterung“! Welch' bequemes Schlagwort! Und welche hohle Phrase in diesem Zusammenhang! — Wahrlich, nicht dadurch wird die Zersplitterung der Wissenschaft verhindert, dass man eine arbeitsame und wissenschaftliche Specialdisciplin in eine untergeordnete Stellung herabzudrücken und kränkende Unterschiede zwischen ihr und anderen Specialitäten zu etabliren ver-

sucht! — Das ist ja gerade die unglaubliche Kurzsichtigkeit der zeitigen Gewalthaber, dass sie, wie ich dies schon in meinem Briefe an den Präsidenten des britischen Nationalcomités gesagt habe, nicht einsehen können oder wollen, dass sie durch ihr willkürliches Vorgehen Specialisten, wie mich selbst; die ihr ganzes Leben lang für inniges Zusammengehen mit der Gesammtmedicin eingetreten sind, und nie etwas anderes gewünscht haben, als im Rahmen eines allgemeinen internationalen Congresses zur Förderung der Wissenschaft beizutragen, direkt in das Lager der Separatisten hineintreiben! Glauben die Herren in Lissabon wirklich, dass sie der „Zersplitterung" der Medicin entgegenarbeiten, wenn sie ihre Subsection zu einem Schattenbild degradiren, und die wirklichen wissenschaftlichen Vertreter der Laryngologie zwingen, einen Sondercongress zu organisiren?

Man verschone uns hier mit der wohlfeilen Phrase, dass es nicht darauf ankomme, unter welcher Bezeichnung wir arbeiteten, und dass man ebenso gut in einer Subsection wie in einer vollen Section Tüchtiges leisten könne! Gewiss kann man das! Aber wozu war es, ist es immer wieder nöthig, uns unser gutes, durch ernste wissenschaftliche Arbeit erworbenes Recht auf eine bereits erworbene, mit anderen anerkannten Specialitäten gleichstehende Stellung anzutasten? — Wenn es sich heute darum handelte, dass der Laryngologie probeweise eine separate Stellung bei den internationalen medicinischen Congressen eingeräumt werden solle, und dass vorläufig ihr die Position einer Subsection zudecretirt worden sei, so wäre das ja verständlich. Vor genau 25 Jahren habe ich selbst bei den Vorbereitungen zu dem Londoner Congresse einem ähnlichen Argument zugestimmt. Wenn aber, nachdem die Laryngologie inzwischen bei allen seitdem stattgehabten internationalen Congressen durch fleissige und bedeutsame Arbeit ihr Recht auf eine allen anderen anerkannten Specialitäten äquivalente Stellung bewiesen und die ihr seit dem Kopenhagener Congresse 1884 eingeräumte Stellung einer vollen Section mit Ehren eingenommen hat, immer und immer wieder Versuche gemacht werden, sie auf ein untergeordnetes Niveau herabzudrücken — dann reisst einem schliesslich die Geduld! — Ein Vierteljahrhundert periodisch erneuter, demüthigender Kämpfe ist gerade genug! Jetzt sind wir beim Entweder—Oder angelangt. Nicht leichten Herzens werde ich einem internationalen laryngologischen Sondercongresse zustimmen. Aber ich habe von meinem unvergesslichen Lehrer Traube den Grundsatz gelernt: E duobus malis minus eligendum est! — Auch in Sondercongressen können und werden wir uns des innigen Zusammenhanges mit der Mutterwissenschaft erinnern. Aber wir können, wollen und werden nicht, der Willkür zeitweiliger Gewalthaber gehorsam, uns in eine unserer unwürdige Stellung herabdrücken lassen! — Das verbietet uns nicht nur unsere Selbstachtung, sondern auch die Rücksicht auf unser practisches Interesse. Die Frage geht weit über die Grenzen einer academischen Titelfrage hinaus! Nur schwer und mühsam hat sich die Laryngologie Stellung und Anerkennung unter den Aerzten errungen. Auch heute noch ist unsere Position weit entfernt davon, eine ideale zu sein. An den Universitäten, an den Hospitälern, bei den Prüfungen ist nur zu vielfach die Laryngologie noch heute das Aschenbrödel der Medicin. Wenn wir jetzt, in dem Augenblicke, wo wir das fünfzigjährige Jubiläum der Laryngologie feiern, also wahrlich die Kinderschuhe ausgezogen haben, selbst unsere Zustimmung dazu gäben, dass man uns bei internationalen Zusammenkünften so behandelt, wie es beabsichtigt wird, so lieferten wir selbst den Gegnern weiterer Entwicklung unserer Specialität eine Waffe gefährlichster Art in die Hände! Das werden wir nicht thun! — Felix Semon.

Dieser Artikel wird sofort nach seinem Erscheinen dem Herrn Generalsecretär des Lissaboner Congresses zugestellt werden. Inzwischen hoffen wir, dass die laryngologischen Gesellschaften der Welt officiell zu der Frage Stellung nehmen werden. Der Briefkasten des Centralblatts wird bezüglichen Aeusserungen gern geöffnet sein.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, Mai. 1905. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals.

1) **S. Preobrashenski. Die Rolle der Nase, des Nasenrachens und Rachens be Haemoptoe, Pharyngitis haemorrhagica (rol nosa, glotni i gorla w krowocharkaniach pharyngitis haemorrhagica).** *R. Wratsch 1904. p. 642.*

P. führt 16 von ihm beobachtete Fälle von Blutung aus den genannten Organen kurz an. Für den Specialisten bieten die Beobachtungen wenig Neues. Seine Schlusssätze sind folgende:

1. Blutungen aus den oberen Athemwegen sind ungleich viel häufiger als man annimmt.
2. Am meisten gehen sie von entzündeten Stellen der Schleimhaut oder aus erweiterten Gefässen aus.
3. Eine richtig diagnosticirte Blutung kann leicht gehoben werden.
4. Die Menge des Blutes spricht nicht für die Quelle.
5. Pharyngitis haemorrhagica sollte mit Laryngitis und Tracheitis haemorrh. das gleiche Bürgerrecht haben.

P. HELLAT.

2) **L. E. La Fetra. Asthma bei Kindern mit einer Analyse in 43 Fällen. (Asthma in infants and children with an analysis of forty-three cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 17. Nov. 1904.*

Alle Fälle betrafen Kinder unter 12 Jahren; in 11 Fällen handelte es sich um Kinder unter einem Jahre. Die Dauer der Erkrankung betrug 3 Monate bis 6 Jahr. Bei 27 Kindern war eine Lungenaffection vorausgegangen; in 20 Fällen waren adenoide Vegetationen und vergrösserte Tonsillen vorhanden. Gewöhnlich waren die Leukocyten vermehrt; ferner fand sich constant erhebliche Zunahme der Eosinophilen.

Zwei Theorien kommen in Betracht, erstens die von der spasmodischen Contraction der Bronchialmuskeln, zweitens, dass das Lumen der Bronchialröhren verengt wird durch vasomotorische Schwellung oder Parese, eine Art von angioneurotischem Oedem der Bronchialschleimhaut. Verf. neigt der letzteren Theorie zu.

EMIL MAYER.



3) **Albert Abrams. Trachealtractionszeichen ein Hülfsmittel bei der Erkennung der Asthmalunge. (The tracheal traction test as an aid in the recognition of the asthmatic lung.)** *N. Y. Medical Journal 2 Juli 1904.*

Wenn der Kopf forcirt nach rückwärts gebeugt wird, so wird der normale Schall über dem Manubrium sterni und den angrenzenden Lungenpartien abgeschwächt und bekommt einen dumpfen Ton. Verf. nennt dies das Trachealtractionszeichen. Dieses Zeichen ist positiv bei gesunden Individuen und bei allen Herzlungenaffectionen, negativ allein beim idiopathischen Asthma, wodurch es zu einem werthvollen differential-diagnostischen Zeichen wird. Verf. erklärt das Zeichen so: Durch die Trachealtraction entsteht in Folge Reizung des Vagus Contraction der Bronchialmuskeln. Beim Asthma ist der Tonus der Bronchialmuskeln so reducirt, dass sie auf die durch die Trachealtraction bewirkte Reizung des N. vagus nicht mehr reagiren.

LEFFERTS.

4) **Herhold** (Altona). **Ueber einen Fall von Kehlsackbildung am Halse (Laryngocele Virchows).** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 44.*

24jähriger Hoboist. Vor einem Jahre beim Blasen der Klarinette plötzlicher Schmerz an linker Halsseite; seitdem dort beim Blasen sich allmälig vergrössernde Anschwellung. Befund: Beim Aufblasen der Backen in der Regio hyo-thyreoidea unterhalb des Zungenbeines eine hühnereigrosse, weich elastische, bei Percussion tympanitischen Schall gebende Vorwölbung, kein Hautemphysem; rechts dasselbe, Vorwölbung nur wallnussgross. Stimme kräftig und tönend. Kehlkopfinneres: nichts Krankhaftes. Gegen branchiogenen Ursprung spricht das späte Auftreten: erst nach 9jährigem Instrumentblasen, Fehlen von Schluckbeschwerden; für eine Erweiterung des Ventriculus Morgagni spricht Doppelseitigkeit, vorhandene Undulation der Hervorwölbung und Beschwerden beim Sprechen, secundäres Entstehen nach Anstrengung im späteren Alter.

ALBANUS (ZARNIKO).

5) **Tereschenkow. Vielkammerige Kiemencysten und Adenocystome der überzähligen Schilddrüsen (mnogokamernija chabernija kisti i adenokistomi priba watschnieh stschitowidnich sheles).** *Russ. Arch. Chirurg. 1904. Bd. I.*

Autor bespricht im Anschluss an eine Beobachtung von Adenocystom, welches in der Klinik von A. Bobrow operirt wurde, die Entstehung dieser Geschwülste, führt aus der Literatur die Krankengeschichten anderer Beobachter an und giebt eine ausführliche pathologisch-anatomische Schilderung der Structur dieser Neubildungen. Die Arbeit eignet sich nicht zum Referat.

P. HELLAT.

6) **J. G. Beckett** (Melbourne). **Behandlung von tuberculösen Drüsen mit X-Strahlen. (Treatment of tuberculous glands by Xrays.)** *The Australasian Medical Gazette. 20. May 1904.*

Die chirurgische Behandlung der Halsdrüsentuberculose giebt keine absolut befriedigenden Resultate: Die Krankheit an sich wird mit ihrer Hülfe nicht geheilt, Recidive sind sehr häufig und es resultiren entstellende Narben. Werden dagegen die X-Strahlen sorgfältig angewandt, so ergeben sich keine Entstellungen und die Krankheit selbst wird beeinflusst, insofern die Strahlen nicht allein auf die Drüsen, sondern auch auf die primäre Quelle der Krankheit wirken. Die Wir-

kung der X-Strahlen beruht wahrscheinlich darauf, dass sie in dem umgebenden Gewebe Bedingungen schaffen, die dem Wachsthum der Tuberkelbacillen nicht günstig sind. Um ein tiefes Eindringen der Strahlen zu erzielen, ist es nothwendig, Röhren im möglichsten Zustande der Vacuumhaltigkeit zu verwenden. Es soll zwei oder drei Mal wöchentlich je fünf Minuten lang exponirt werden. Die Behandlung erfordert ein bis drei Monate Dauer. Die Besserung schreitet noch fort, nachdem die Behandlung schon ausgesetzt ist.

A. J. BRADY.

7) **Fredrick Moreton** (Victoria). **Appendicitis bei tief sitzendem Cervicalabscess. (Appendicular colic associated with deep seated cervical abscess.)** *Australasian Medical Gazette. 21. Nov. 1904.*

Wahrscheinlich ein rein zufälliges Zusammentreffen. Verf. äussert zwar den Verdacht, dass im Eiter des Cervicalabscesses das Bact. coli vorhanden gewesen sei, hat aber keine bakteriologische Untersuchung gemacht.

A. J. BRADY.

8) **J. Hine. Bericht über einen Fall von Durchschneidung des Halses. (Notes on a case of cut throat.)** *Lancet. 30. Juli 1904.*

Ein Eingeborener aus Ostafrika hatte sich unterhalb des Larynx den Hals durchschnitten; Luftwege und grosse Gefässe waren nicht getroffen. Pat. wurde acht Meilen weit über hügliges Terrain zum Missionshaus transportirt und wurde 12 Stunden nach der Verletzung vom Verf. gesehen. Es bestand eine grosse Wunde, mit schwarzen schmierigen Massen angefüllt. Pat. war hochgradig geschwächt, beteiligte sich aber am nächsten Tag an einem Eingeborenentanz, bis er ohnmächtig umsank. Ausgezeichnete Heilung.

ADOLPH BRONNER.

9) **Jeney** (Wien). **Selbstmord durch Halsabschneiden.** (Wissenschaftl. Verein der Militärärzte der Wiener Garnison.) *Wien. klin. Wochenschr. 1904. No. 24.*

Suicid mit einem Rasirmesser. Schnitt nach Art einer Pharyngotomia subhyoidea. Durchschneidung der Epiglottis, beider Iugulares externae und einzelner Aeste der Art. thyreoid. super. T h e r a p i e: Tracheot. super. nach erfolgter Blutstillung, sodann Naht und Drainage. J. betont die relative Seltenheit der Verletzung der grossen Halsgefässe bei Durchschneidung des Vorderhalses.

CHIARI.

10) **Lebrun** (Namur). **Eine interessante Halsverletzung. (Une curieuse blessure du cou).** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 38. 1904.*

13jähr. Mädchen stiess sich bei einem Sturz zwei grosse Stahlstricknadeln durch den Kleiderkragen hindurch seitlich von der Trachea schief von unten nach oben tief in den Hals bis unter die Nackenhaut neben der linken Seite des 4. Cervicalwirbels. Der Larynx war nach rechts verdrängt; der Pharynx intact, desgleichen die Carotis, deren Pulsationen auf die Nadeln übertragen waren; keine Hämorrhagien, keine Nervenstörungen. Incision der Nackenhaut in der Chloroformnarkose, um sich zu versichern, dass der Entfernung der Nadeln nichts im Wege stehe; darauf Entfernung letzterer ohne Schwierigkeit. Die beiden Stahlnadeln waren je 5 mm stark und nahmen zusammen 1 cm Breitendurchmesser ein. Heilung nach einem Monat unter Eiterung.

BAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **G. Abeles** (Wien). **Zwanglose Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasenkrankheiten.** *Aerztliche Central-Zeitung. 1903. No. 48, 49, 50, 51 und 1904 No. 2—5.*

Die für in sämmtlichen Fächern der Heilkunde thätigen Aerzte bestimmten Ausführungen bringen dem Fachmann nichts Neues, für den allgemeinen Practiker aber sehr werthvolle Winke. Nicht nur Fleiss, sondern auch persönliche Sachkenntniss des Autors erhöhen den Werth der Arbeit.

CHIARI.

12) **G. Abeles** (Wien). **Zwanglose Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasenkrankheiten.** *Aerztliche Central-Zeitung. 1904. No. 27—32.*

In diesen Fortsetzungen (zu No. 5 desselben Jahrgangs) wird über Rhinitis hypertrophica und adenoide Vegetationen alles für den practischen Arzt Wissenswerthe abgehandelt.

CHIARI.

13) **Louis P. Lautenbach. Nasenkrankheiten der Kinder. (Nasal affections of children).** *N. Y. Medical News. 25. Juni 1904.*

Ref. giebt eine Aufzählung der bei Kindern sich häufiger vorfindenden Nasenaffectionen und der aus diesen resultirenden Störungen für die allgemeine Gesundheit und Entwicklung.

LEFFERTS.

14) **P. Adriani** (Groningen). **Ueber hohe Halskragen und Nasenleiden. (Over hooge boorden en neuskwalen.)** *Geneesk. Courant. 1904. No. 1.*

Referat einer Betrachtung von Posthumus Meyjes in einer Zeitschrift für die Reform der Frauenkleidung, über die Schäden, die aus zu hohen und zu engen Halskragen erwachsen, namentlich Schwellung der Nasenschleimhaut, Ohren- und Halsbeschwerden.

H. BURGER.

15) **Notiz des Herausgebers. Traction der Nase als Wiederbelebungsmittel. (Nose pulling as a reviver).** *N. Y. Medical Journal. 18. Juni 1904.*

Nach Berichten von Panyrek (Sbornik klinicky. IV. 1904) können die rhythmischen Tractionen der Zunge zu Wiederbelebungsversuchen ersetzt werden durch 1—2 Minuten lang fortgesetztes rhythmisches Heben und Senken der Nase.

LEFFERTS.

16) **Notiz des Herausgebers. Das Niesen und sein diagnostischer Werth. (The sneeze and its diagnostic value.)** *N. Y. Medical Record. 26. September 1903.*

Es werden eine Reihe von abergläubischen Vorstellungen erwähnt, sowie manche bei den Orientalen befolgte Sitten, die sich an das Niesen knüpfen.

LEFFERTS.

17) **G. Krebs** (Hildesheim). **Maassregeln vor und nach endonasalen Operationen. (Des soins préparatoires et consécutifs aux opérations endonasales.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 10. 1903.* (Mittheilung auf der XI. Versammlung deutscher Ohrenärzte in Wiesbaden. 30. Mai 1903.)

Der Autor beschreibt: A. die Vorbereitungen zu endonasalen Operationen;

Desinfection der Nase sammt äusserer Nasenbedeckung und Umgebung; Sterilisation der Instrumente; Asepsis der Hände; sodann die Localanästhesie mit Cocain, die Schleich'sche Methode und die Präparate von Nebennierenextracten,

B. die Maassregeln nach der Operation: die Hämostase (Tamponade; kalte Umschläge auf die Nase; tiefe Einathmungen nach Hüter bei geschlossenem Mund und langsames Ausathmen durch den offenen Mund.)

C. die Nachbehandlung bei normalem Verlauf; nach galvanokaustischen Eingriffen und bei zu befürchtender Synechienbildung; zum Schluss bespricht er die Nachbehandlung bei Deviationen des Septum nasi.

BAYER.

18) **H. Beaman Douglas. Vorbereitung und Nachbehandlung bei Nasenoperationen. (Preparation and after treatment in nasal operations.)** *The Post graduate. Mai 1904.*

Das Aeussere der Nase soll sorgfältig gereinigt werden und das Naseninnere mit steriler Gaze tamponirt werden. Später wird ein Spray von Wasserstoffsuperoxydlösung angewandt und darnach mit warmem Wasser ausgewaschen.

EMIL MAYER.

19) **Warnecke** (Hannover). **Aeussere Asepsis bei Operationen in der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryng. Bd. 14. H. 3. p. 515.*

Eine sterilisirbare Gummiplatte aus Cofferdam bedeckt den Mund des Patienten und schützt Instrumente, Tupfer etc. bei der Einführung in die Nase vor Infection durch die Athemluft des Patienten, durch Berührung des Bartes u. s. w.

F. KLEMPERER.

20) **L. Löwe. Weitere Mittheilungen zur Nasenchirurgie.** *Mon. f. Ohrenhlkde. No. 6. u. 7. 1903.*

Nach Besprechung einiger technischer Details und neuer Instrumente lässt L. eine Reihe von Krankengeschichten folgen und wendet sich dann zur Frage, wie die Operation der Ausräumung der Nase vom Munde her — nach Durchsägung des Oberkiefers — auf den Mechanismus des Bisses, die Vitalität der Zähne und auf die Sensibilität der Zähne wirke. Die interessanten Details, die sich nicht für ein Referat eignen, sind im Original nachzulesen.

L. bespricht nunmehr die Indicationen zur Freilegung der Nase von aussen her und beschreibt die verschiedenen Methoden zur Eröffnung der Kiefer- und Stirnhöhle; die völlige Auskratzung der Schleimhaut bei dünnflüssigem Sekret hält er für unnöthig, und nur indicirt bei disseminirter Tuberculose, malignen Tumoren, gangränösem Zerfall, Knochenerkrankung, ferner bei Neigung zu recidivirenden Polypen. Weiter bespricht L. die Eröffnung der Stirnhöhle von der Schuppenbucht, der Orbitalbucht aus, ferner die des Duct. nasofront., sowie die Fälle, bei denen das ganze Gesichtsskelett von den Zähnen bis zum oberen Ende der Stirnhöhle, und diejenigen wo nur die Gegend der Stirnhöhle und der knöchernen Nase freigelegt werden soll. Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

21) **J. P. Morton. Operative Rhinologie. (Operative Rhinology.)** *Canadian Practitioner and Review. Juni 1904.*

Verf. vertheidigt die Rhinologen gegen den Vorwurf der operativen Polypragmasie.

EMIL MAYER.

22) **J. L. Goodale. Syphilis des knorpligen Septums. (Syphilis of the cartilaginous septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Primäre Gummata, die allein das knorplige Septum betreffen, gehören zu grossen Ausnahmen. Eine Anzahl solcher Fälle, in denen allein oder hauptsächlich die Cartilago quadrangularis Sitz der tertiären Syphilis war, wird vom Verf. mitgetheilt; er theilt die Veränderungen, die sich in diesen Fällen finden, folgendermaassen ein:

1. Oberflächliche Infiltration und Ulceration der den Cartilago quadrangularis bedeckenden Schleimhaut.
2. Tiefe Infiltration und Nekrose der Schleimhaut des Knorpels.
3. Granulationsgeschwülste, die bei syphilitischen Individuen von dem vorderen Abschnitt der Septumschleimhaut entspringen.
4. Excoriationen an dieser Stelle.

Was die histologische Unterscheidung der syphilitischen Granulome von den tuberculösen betrifft, so ist diese oft nicht leicht. Verf. legt ein Hauptgewicht darauf, dass bei ersteren sich in dem proliferirenden endothelialen und Bindegewebe zahlreiche, bei letzteren sich dagegen wenig neugebildete Blutgefässe finden.

EMIL MAYER.

23) **John W. Farlow. Einige Fälle von Gesichtserysipel infolge Erosionen der Nasenscheidewand. (Some cases of facial erysipelas from erosions of the nasal septum.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. 17. Dec. 1903.*

Cfr. Bericht der 25. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

24) **John D. Richards. Ein gestielter knöcherner Tumor. des Nasenseptums. (A pedunculated bony tumer of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. Aug. 1904.*

Der Tumor wurde bei einer 32jährigen Frau, in deren Anamnese Syphilis eine Rolle spielt, vom hinteren Ende des Septum entfernt. Das Hauptinteresse besteht in dem mikroskopischen Befund (Jonathan Wright): Der Tumor hat die Form einer länglichen Perle. An dem breiten distalen Ende ist ein lockeres alveoläres Gewebe, in dem viele venöse Räume vorhanden sind, wie sie sich in den unteren Muscheln und der Region der Nase vorfinden, von der dieser Tumor seinen Ursprung genommen hat, d. h. der oberen hinteren Fläche des Vomer. Das Epithel war bei den Manipulationen verloren gegangen und liess sich nicht mehr bestimmen. Es finden sich wenig Drüsen. Darunter ist ein knöcherner Hohlraum, ähnlich den Cysten der mittleren Muschel, jedoch mit festem Inhalt. In der Literatur fand Verf. keinen entsprechenden Fall.

Verf. ist der Ansicht, dass der Tumor embryonalen Ursprungs sei. Obwohl

ein competenter Laryngologe drei Jahre vorher nichts von dem Tumor entdeckt hatte, so ist doch unwahrscheinlich, dass innerhalb dieser Zeit sich Knochen in dem Tumor gebildet haben soll.

EMIL MAYER.

25) **Wróblewski. Ein Fall von blutendem Polyp der Nasenscheidewand.** *Przypadek kirariacego polipa przegrodynosa. Medycyna 38. 1904.*

Verf. demonstrirte in der Laryngologischen Sitzung einen von ihm entfernten erbsengrossen Polypen der Nasenscheidewand. Derartige Polypen betrachtet Verf. im Gegensatz zu anderen Autoren für nicht so seltene Erscheinungen. Derselben Ansicht war in der Discussion Srebrny, welcher mehr Aufmerksamkeit auf die kleinen Erhöhungen auf dem Septum zu richten rieth, die Anlass zu heftigen Nasenblutungen geben und wahrscheinlich ein beginnendes Stadium von derartigen Polypen vorstellen.

A. v. SOKOLOWSKI.

26) **Kretschmann. Anatomischer und klinischer Beitrag zum Kapitel der Deviationen des vorderen Abschnittes der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Arch. f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3 S. 557. 1903.*

Verf. kommt zu folgenden Sätzen:

1. Den Nasenflügelknorpeln kommt die Wirkung eines federnden Bügels zu. Der empor- und abgezogene Nasenflügel wird durch die Knorpelfederung nach Aufhören der Muskelwirkung wieder in die Ruhelage zurückgeführt.

2. Die für den vordersten Abschnitt der Nasenscheidewand gebrauchten Namen „Septum mobile und Septum cutaneum“ sind unbestimmt und ungenau. Sachlicher erscheint die Eintheilung in „Septum anticum s. triangulare, Septum medium s. quadrangulare s. cartilagineum, Septum posticum s. osseum.

3. Abweichung des vor der verticalen Axe gelegenen Theiles der Cartilago quadrangularis aus der Medianebene führt zu einer Luxation des Knorpelrandes aus dem Sulcus incisivus. Diese Abweichung kann die einzige Deviation bilden — isolirte oder reine Luxation —, es handelt sich also um eine Abbiegung, oder es hat eine Drehung der Cart. quadrangularis um die verticale Axe stattgefunden: dann zeigt sich auf der entgegengesetzten Seite noch eine Crista-Deviatio rotatoria.

4. Die Luxatio der Cart. quadrangularis hat Veränderungen in der Stellung der Nasenspitze und des Nasensteges im Gefolge.

5. Eine einmal eingetretene Luxation kann durch den Zug des Inspirationsstromes verschlimmert werden.

6. Nicht fixirte Luxationen können reponirt und in der corrigirten Lage durch eingelegte Gummirohre erhalten werden. Bei consequenter Durchführung des Verfahrens erfolgt Heilung.

7. Für das corrigirende Verfahren eignen sich besonders Kinder und jugendliche Individeun. Bei Erwachsenen scheitert die Anwendung meist an dem Mangel von Toleranz und an der Unmöglichkeit der Reposition.

F. KLEMPERER.

27) **Ch. M. Robertson. Deformitäten der Nasenscheidewand. (Deformities of the nasal septum.)** *N. Y. Medical News. 29. Oct. 1904.*

Verf. hält es nicht für so wichtig, wie es gewöhnlich geglaubt wird, die Schleimhaut zu erhalten, da diese meist verdickt und also erkrankt ist. In den

meisten Fällen, in denen keine äussere Entstellung vorhanden ist, giebt die Gleason'sche Methode gute Resultate; auch hat sie den Vortheil, dass sie leicht ausführbar und dass die Tamponade nur kurze Zeit erforderlich ist. Die Fensterresection hat den Nachtheil, dass eine feste knorplige Stütze für das Septum fortfällt und dass während der Operation und der Heilung leicht Perforationen entstehen.

LEFFERTS.

28) Joseph S. Gibb. **Deviationen des Nasenseptums. (Deviations of the nasal septum.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. Oct. 1904.*

Die Erfahrungen des Verf.'s gründen sich auf 100 Operationen. Für rein knorplige Deviationen empfiehlt er am meisten die Asch'sche Operation. Eine Ausnahme bilden nur die Fälle, in denen die Verbiegung derartig ist, dass zwischen Septum und lateraler Nasenwand nicht genügend Raum zum Einführen der Instrumente ist. Für diese Fälle, bei denen meist auch eine starke, knöcherne Verbiegung vorhanden ist, eignen sich andere Operationsmethoden besser. Ein Nachtheil der Aschoperation besteht in dem Tragen der Röhren, sie geben jedoch dem Pat. ein Gefühl der Erleichterung und gewähren die Sicherheit, dass die Correction bestehen bleibt. Nach den Worten des Verf.'s müssen die amerikanischen Rhinologen sich gegen die Behauptung Hajek's verwahren, wonach Resultate, wie sie durch die Fensterresection erzielt werden, bei keiner anderen Operation möglich sind. Ueberhaupt seien die von amerikanischen Rhinologen empfohlenen Operationen im Ausland nicht genügend bekannt und gewürdigt. Bei der im Winter 1903 vor der Londoner Laryngological Society stattgefundenen Discussion sei über französische, deutsche und englische Operationsmethoden sehr viel gesagt worden, von den amerikanischen Methoden sei nur die Asch'sche erwähnt worden und diese habe nur in wenigen Fällen Anwendung gefunden.

EMIL MAYER.

29) George H. Powers. **Plastische Operationen zur Resection des Nasenseptums und Excision von Septumleisten. (Plastic operations for resection of the nasal septum and excision of septal spurs.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 10. Nov. 1904.*

P. beschreibt eine Lappenoperation für Deviationen und eine ähnliche für Leisten. Die dazu notwendigen Instrumente beschreibt er und giebt Abbildungen von ihnen.

EMIL MAYER.

30) M. Shirmunski. **Zur operativen Behandlung der Septumverkrümmungen. (K operatiwnomu letschenijio iskriwlemii peregorodki nosa.)** *Prakt. Wratsch. 1904. p. 249.*

Der Inhalt dieser Mittheilung ist bereits kurz unter den Protokollen des Pirogow-Congresses 1904 mitgetheilt worden.

P. HELLAT.

31) H. Gradle. **Klinische Erfahrungen über Vergrösserung der Rachentonsille. (Clinical experiences with the enlarged pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Med. News. 19. Dec. 1903.*

Folgendes sei aus den interessanten und lehrreichen Ausführungen des Verf.'s hervorgehoben. Nur in einer kleinen Zahl von Fällen ist die Behinderung der

Nasenathmung direct auf die Verlegung der Nase durch die Hyperplasie des adenoiden Gewebes zurückzuführen; die grössere Obstruction der Nase während des Schlafes hat ihren Grund vielmehr in einer Turgescenz der hinteren Enden, zum mindesten der unteren, vielleicht auch der mittleren Muschel. Die verschiedene Intensität und Dauer dieser Turgescenz erklärt auch, warum die charakteristische „todte" Nasensprache nicht bei allen Pat. in gleicher Weise ausgesprochen ist. Ein grosser Theil der durch die Adenoiden bedingten Schäden hat seinen Grund in der Neigung der hyperplasirten Rachentonsille zu häufigen Entzündungen. Wichtig sind auch die Beziehung der Adenoiden zu den Augenerkrankungen.

Eine grosse Mehrheit der an phlyctenulärer Keratitis leidenden Kinder ist Träger von A. V. Verf. sieht den Grund für die Hypertrophie der Rachentonsille in häufigen Anfällen von Coryza bei disponirten Individuen. Unleugbar ist der Einfluss der adenoiden Vegetationen auf den allgemeinen Ernährungszustand: In Uebereinstimmung mit den Beobachtungen von Lichtwitz u. Sabrazès fand Verf., dass nach der Operation häufig rapide Besserung von Anämie stattfand.

Was die Operation anbetrifft, so ist der durch sie veranlasste günstige Erfolg um so unmittelbarer und vollständiger, je jünger das operirte Kind ist, was seinen Grund wohl darin hat, dass bei längerem Bestehen von adenoiden Vegetationen sich hyperplastische Zustände in den oberen Luftwegen herausbilden. Recidive führt Verf. stets auf unvollkommene Operation zurück.

LEFFERTS.

32) W. Wingrave. **Ein Fall von hartnäckiger Nasenröthe bei einem 21jährigen Mann, geheilt durch Entfernung von Adenoiden. (A case of persistent superficial nasal Hyperaemia in a man aged 21 years cured by removal of Adenoids.)** *Lancet. 19. Dec. 1903.*

Die Nasenröthe bestand seit 2 Jahren. Es war keine Nasenverstopfung vorhanden, jedoch fanden sich ausgesprochene adenoide Vegetationen. Nach ihrer Entfernung verschwand die Nasenröthe und die dilatirten oberflächlichen Venen.

ADOLPH BRONNER.

33) T. A. Stucky. **Adenoide des Nasenrachens. (Nasopharyngeal adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Febr. 1904.*

Folgendes sei aus den Ausführungen des Verf.'s hervorgehoben: Häufig kehren nach gründlicher Entfernung der Rachentonsille hypertrophirte Gaumentonsillen von selbst zu normaler Grösse zurück; Verf. habe dies so oft eintreten sehen, dass er ein Ausbleiben der Reduction als eine Ausnahme ansehen muss.

LEFFERTS.

34) F. Massei. **Die adenoiden Vegetationen des Nasenrachens bei Säuglingen. (Le vegetazioni adenoidi del cavo naso-faringeo nei poppanti.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1904.*

Die adenoiden Vegetationen der Säuglinge verdienen deshalb eine besondere Besprechung, weil in Folge der beschränkten Raumverhältnisse des Nasenrachens bei ihnen die Symptomatologie eine schwerere ist, als bei älteren Kindern. Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über diese Symptomatologie, in der neben der behinderten Athmung die erschwerte Ernährung eine grosse Rolle spielt. Verf. erwähnt auf Grund einer Mittheilung von Martuscelli, dass die adenoiden Vege-

tationen der Säuglinge sich von denen der älteren Kinder histologisch dadurch unterscheiden, dass man in ihnen stets ein mehr oder minder dichtes Netz findet, in dessen Maschen Lymphelemente sich befinden, ein Netz analog dem der Lymphdrüsen. Die Lymphfollikel sind hyperplasirt; die Bindegewebssklerose fehlt. Für die Diagnose empfiehlt Verf., sich der Kantorowicz'schen Methode zu bedienen, d. h. mit einer mit Watte umwickelten Sonde hinter dem weichen Gaumen in die Höhe zu gehen. Ist die Watte beim Hervorziehen der Sonde blutbefleckt, so ist der Verdacht auf das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen gerechtfertigt. Bezüglich der Operationsmethode ist, wenn man das Auskratzen der Geschwülste wählt, das Hartmann'sche Instrument dem Gottstein'schen vorzuziehen. FINDER.

35) C. D. Conkey. **Entfernte Folgen von Adenoiden. (Remote sequelae of Adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 13. Febr. 1904.*

In 5—15 pCt. der Fälle tritt in der Pubertät keine Involution der Rachentonsille ein, sondern dieselbe bleibt bis ins mittlere Lebensalter bestehen. Verf. bespricht die durch Anwesenheit von adenoiden Vegetationen bedingten Veränderungen im Organismus, ohne Neues zu sagen. LEFFERTS.

36) S. Citelli. **Adenoide Vegetationen und Taubstummheit. (Vegetazioni adenoidi e sordomutismo.)** *Bollet. d. Malattie dell'orecchio, della gola e dal naso. Juli 1904.*

Verf. bespricht zuerst die Fälle von Taubheit in Folge Verlegung der Tubenöffnungen, die acuten und chronischen Entzündungsprocesse katarrhalischer und eitriger Natur, die in Folge Bestehens von adenoiden Vegetationen im Mittelohr entstehen und zur Beeinträchtigung des Gehörs führen können. Er berichtet dann über den Fall eines $3^1/_2$ jährigen Mädchens, das nach Angabe der Eltern taub geboren war. Es bestand eine beiderseitige Trommelfellretraction und sehr grosse Rachentonsille. Sehr starke Geräusche, z. B. ein Flintenschuss, wurden noch wahrgenommen. Die Operation der Rachentonsille wurde ausgeführt und nach mehreren Monaten konnte das Kind bereits ziemlich gut hören. Ausser der Taubstummheit kommt bei Kindern auch einfache Stummheit oder Alalia idiopathica in Folge adenoider Vegetationen vor und zwar, weil in Folge lymphatischer Stauung im Gehirn bei diesen Kindern, die noch besonders disponirt sein müssen, der Reiz zur Nachahmung fehlt. FINDER.

37) J. F. Fischer (Kopenhagen). **Die durch adenoide Vegetationen hervorgerufenen ferneren Symptome. (De vedadenoide Vegetationer fremkaldte Symptomer.)** *Ugesk. for Läger. 4. Aug. 1904.*

Unter 500 Patienten mit adenoiden Vegetationen wurde Epistaxis bei 53 Pat. notirt (10,6 pCt.); Enuresis wurde häufig bei den Patienten beobachtet und nach der Operation geheilt. Kopfschmerzen hatten 221 oder 44,2 pCt. der Patienten. Anämie wurde bei 171 oder 34,2 pCt. beobachtet. 179 Patienten oder 35,8 pCt. litten an Apropexie. Unter den Patienten litten 18 an Stottern, 3 an Fehlern der Aussprache.

Die Arbeit ist übrigens in deutscher Sprache im Archiv für Ohrenheilkunde. 62. Bd. 1904. S. 186 u. f. veröffentlicht. E. SCHMIEGELOW.

38) **Rugh N. Leavell. Anästhesie bei Adenoidoperationen. (Adenoid anaesthesia.)** *American Practitioner and News. 1 Febr. 1904.*

Verf. operirt unter Chloroformnarkose; die Narkose soll nicht so tief sein, wie sonst bei chirurgischen Eingriffen, so dass Kehlkopf- und Conjunctivalreflex nicht völlig aufgehoben sind.

EMIL MAYER.

39) **Notiz des Herausgebers Anästhesie bei Adenoidoperationen. (Adenoid Anaesthesia.)** *International Journal of Surgery. Juli 1904.*

Es soll Operation der adenoiden Vegetationen oder Gaumentonsillen niemals ohne Narkose vorgenommen werden, falls nicht genügende Gründe dagegen sprechen. Die Operation soll am liegenden Patienten bei hängendem Kopf unter guter Beleuchtung stattfinden.

EMIL MAYER.

40) **John R. Winslow. Behandlung von adenoiden Vegetationen. (Treatment of adenoid vegetations.)** *Journal of eye and ear diseases. Januar-Febr. 1904.*

Verf. räth, um dem Entstehen von Recidiven vorzubeugen, Anwendung adstringirender Dämpfe von Menthol, Resorcin und Benzoinol; auch sollen Athemübungen gemacht werden.

EMIL MAYER.

41) **Daniels. Adenoideperationen zu Hause. (Adenoid operations at home.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Nach D.'s Ansicht besteht eine grosse Gefahr bei Adenoidoperationen darin, dass diese im Hause des Arztes vorgenommen werden und der Patient dann kurz darauf den Heimweg durch die staubigen Strassen antritt. Man sollte nicht vergessen, dass eine grosse Wunde besteht, über welche die mit infectiösem Material beladene Luft dahinstreicht. D. räth, niemals im Hause des Arztes die Operation machen zu lassen.

LEFFERTS.

42) **Coley. Endocarditis nach Adeneidoperationen. (Endocarditis after adenoid operations.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Verf. hat einen solchen Fall beobachtet, er kennt zwei andere, in denen septische Infection der serösen Häute nach erfolgreicher Adenoidoperation auftrat. Man soll an diese Möglichkeit denken und den Eltern alle auf Vermeidung septischer Infection hinzielenden Verhaltungsmaassregeln ans Herz legen.

LEFFERTS.

43) **Putnam. Adenoidoperationen und Sterblichkeit. (Adenoid operations and Mortality.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Verf. hat einen Fall gesehen, in dem nach Operation von adenoiden Vegetationen sich eine eitrige Meningitis entwickelte, die tödtlich endete. Er glaubt, dass solche tödtlichen Folgekrankheiten nach Adenoidoperationen häufiger sind, als man glaubt. Vor einiger Zeit hatte er ebenfalls bei einem 20jährigen jungen Mann nach dieser Operation Meningitis entstehen sehen. Wahrscheinlich ist von den geöffneten Lymphwegen in diesen Fällen infectiöses Material resorbirt worden.

LEFFERTS.

44) E. Urbantschitsch. **Auffange- und Schutzvorrichtung bei der operativen Behandlung adenoider Vegetationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1904.*

Der Titel bringt den Inhalt des Artikels, das Instrument ist zu haben bei Reiner in Wien IX, Van Swietengasse 10. SCHECH.

45) Baurowicz. **Zur Operationstechnik der Tonsilla pharyngea. (Wsprawie operowania migdatka Gawniclowego.)** *Przegl. Lek. 43. 1904.*

Zur diesbezüglichen Operation empfiehlt der Verf. aufs Wärmste das Schütz-Passow'sche Instrument, mit welchem am schnellsten und mit relativ geringen Schmerzen die Tonsille entfernt wird. A. v. SOKOLOWSKI.

c. Mundrachenhöhle.

46) Erich Conrad. **Ueber den heutigen Stand der Kenntniss der Vincent'schen Angina.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 525. 1903.*

Zusammenstellung der Literatur und Mittheilung von 3 eigenen Fällen.

F. KLEMPERER.

47) Auché. **Progressive völlige Zerstörung der Uvula durch den Ulcerationsprocess der Vincent'schen Angina. (Destruction progressive et complète de la luette par le processus ulcéreux de l'angine de Vincent.)** *Gaz. hebd. des sciences médic. de Bordeaux. 19. Nov. 1903.*

Verf. beschreibt zwei Fälle, die für eine Contagiosität der Angina ulceromembranacea sprechen, ferner für die Möglichkeit einer Association zwischen dem Löffler'schen Bacillus mit Spirillen und fusiformen Bacillen. E. J. MOURE.

48) White Marx. **Ein Fall von ulceröser Angina mit fusiformen Bacillen und Vincent'schen Spirillen. (A case of ulcerative angina with the fusiform bacillus and Spirillum of Vincent.)** *Northwestern Lancet. 1. Mai 1904.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

49) Blumenthal (Berlin). **Präparate von Angina ulcerosa.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 33. Vereinsbeilage.*

Fall 1 und 2 enthielten Bacillus fusiformis mit Spirillen, Fall 3 daneben diphtherieverdächtige Stäbchen. Alle 3 Fälle mit Diphtherieheilserum behandelt, welches nur auf Fall 3 wirkte. Fall 1 und 2 fieberlos. ALBANUS (ZARNIKO).

50) Uffenheimer. **Beiträge zur Klinik und Bacteriologie von Angina ulcerosa membranacea (Vincent'sche Angina).** *Münchener med. Wochenschr. No. 27 und 28. 1904.*

Im Anschluss an einen von U. beobachteten Fall bespricht derselbe eingehender die Bacteriologie der Krankheit; Beweglichkeit ist dem Bacillus fusiform. nicht eigen, wie dies von manchen behauptet wird. Dagegen gleicht die des Spirachaeten der eines schwimmenden Aales. In drei weiteren Fällen von U. handelte es sich nicht um die typische Angina ulc. membr.; die Mundschleimhaut war von Stomacace befallen und lokalisirten sich auch auf den Tonsillen ent-

sprechende Veränderungen. Die bakteriologischen Details müssen im Original nachgesehen werden.

SCHECH.

51) **R. R. Campbell. Differentialdiagnose zwischen pseudomembranöser Angina bei Syphilis und diphtherischer Angina. (Differential diagnosis between pseudomembranous angina of syphilis and diphteritic angina.)** *Journal of the American Medical Association. 19. Nov. 1904.*

Eine pseudomembranöse Angina bei Syphilis ist nicht selten, sie ist ihrem klinischen Bilde nach nicht immer leicht von Diphtherie zu unterscheiden; es müssen daher Culturen angelegt werden. Während deren Wachsthum abgewartet wird, soll man in verdächtigen Fällen stets schon Antitoxin geben.

EMIL MAYER.

52) **H. Lamb. Acute lacunäre Tonsillitis. (Acute lacunar tonsillitis.)** *Cincinnati. Lancet Clinic. 20. Aug. 1904.*

Verf. giebt innerlich Eucalyptol und Kreosot.

EMIL MAYER.

53) **Lejars** (Paris). **Angina und Appendicitis. (Angine et Appendicite.)** *Semaine médicale. 29. Juni 1904.*

Verf. betont den Zusammenhang zwischen den beiden Affectionen.

PAUL RAUGÉ.

54) **Nauwelaers. Occipitalneuralgie als Folge gewöhnlicher Anginen. (Névralgie occipitale, suite d'angines vulgaires.)** *La Clinique. No. 21. 1904.*

In der Sitzung vom 1. Mai 1904 des Cercle médical von Brüssel berichtet N. über einen Fall, dessen Entstehungsweise die Bemerkungen Vincent's bestärkt, dass nämlich Connexionen bestehen zwischen dem N. spinalis, dessen innerer Ast sich zum Pharynx begiebt, und den hinteren Wurzeln des 2. Halspaares: im Verlauf einer einfachen Angina trat eine intensive rechtsseitige Occipitalneuralgie auf, begleitet von Torticollis; im Niveau der Basis des rechten vorderen Gaumenbogens ist ein kleines, oberflächliches, schmerzloses Geschwür zu erkennen, umgeben von einer entzündlichen Zone, geringe Anschwellung der entsprechenden Mandel, aber im Grunde genommen war die von dieser kleinen Wunde ausgehende Infection wenig markirt und die Amygdalitis verschwand ohne eine Phlegmone zu veranlassen.

BAYER.

55) **Vincent. Die Occipitalneuralgie bei gewöhnlichen Anginen. (La névralgie occipitale dans les angines vulgaires.)** *Société médicale des hôpitaux. 22. April 1904.*

In 136 Fällen verschiedener Formen von Angina hat Verf. 17 Mal, d. h. in 12,5 pCt. der Fälle, eine Neuralgie des Occipitalnerven constatiren können. Dieser — gewöhnlich einseitige — Schmerz hat seinen Sitz am häufigsten rechts; er steigert sich beim Schlucken und bei Druck auf den Nacken auf die Austrittsstelle der Occipitalnerven.

Diese bisher nicht beachtete Complication scheint eine Folge der anatomischen Beziehungen zwischen den sensiblen Nerven des Pharynx und dem zweiten Cervicalnerven (Arnold) zu sein. In der That sendet die zweite hintere

Cervicalwurzel bisweilen einen oder mehrere sensible Aeste zum Spinalnerven. Diese sensiblen Fäden begleiten den inneren Zweig dieses Nerven bis zum Ganglion plexiforme des Vagus, trennen sich wahrscheinlich von diesem Ganglion, indem sie dem Pharynxnerven folgen, um im Plexus pharyngeus zu enden.

So erklärt sich die Verbindung zwischen dem Occipitalnerven und den sensiblen Zweigen des Pharynx.

Die in Frage kommende Anastomose war nicht constant, wodurch sich erklärt, dass die Occipitalneuralgie nicht in allen Fällen zu Beobachtung kam.

PAUL RAUGÉ.

56) **Sir Jsambard Owen. Ein Fall von Blutvergiftung durch Tonsillitis. (A case of blood poisoning from tonsillitis.)** *Lancet. 15. Oct. 1904.*

Der Fall betrifft einen 22jährigen Mann, der an septischer Tonsillitis erkrankte. Es wurden weder Diphtheriebacillen noch Streptokokken gefunden. Die Temperatur stieg jeden Abend bis auf 40°. Das Abdomen war aufgetrieben, das rechte Knie- und Schultergelenk geschwollen. Pat. bekam Delirien. Jetzt wurden im Blut Streptokokken gefunden. Es wurden 4 Injectionen zu 20 ccm Antistreptokokkenserum gemacht. Danach verschlimmerten sich die Symptome. Ueber der linken Lungenspitze hörte man Bronchialathmen. Nach 8 Injectionen mit Roux-schem Serum trat Besserung ein. Mit vorzüglichem Resultat wurde auch Chinin mit Eisenperchlorid und verdünnter Salzsäure gegeben. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

57) **Notiz des Herausgebers. Einseitige Pupillencontraction bei phlegmonöser Angina. (Unilateral pupillary contraction in phlegmonous angina.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juni 1904.*

Es wird auf ein zuerst von M. H. Vincent (Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 26. Mai) in 18 Fällen 5 Mal beobachtetes Phänomen hingewiesen, nämlich eine durch Pupillarcontraction bedingte Myosis.

LEFFERTS.

58) **Louis B. Wilson. Ueber gewisse nicht-diphtherische Anginen. (On certain non-diphteritic anginas.)** *St. Paul Medical Journal. Sept. 1904.*

Im bacteriologischen Institut des staatlichen Gesundheitsamts von Minnesota hat Verf. Untersuchungen über verschiedene Arten von Angina angestellt. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf gewisse leicht mit Diphtherie zu verwechselnde Arten. Er theilt die pseudo-membranösen Anginen in 5 Gruppen, je nachdem der bacteriologische Befund lautet auf 1. Streptokokken, 2. Pneumoniediplokokken, 3. Friedländer'schen Bacillus, 4. Vincent'sche Spirillen, 5. Blastomyceten. Er gelangt zu folgenden Ergebnissen:

1. Die nicht-diphtherischen pseudomembranösen Anginen lassen sich in verschiedene Gruppen eintheilen, von denen jede eine mehr oder weniger scharf umschriebene klinische Einheit darstellt, charakterisirt durch das alleinige oder überwiegende Vorkommen einer Species von Mikroorganismen.

2. Diese Anginen geben zu Verwechslungen mit Diphtherie Anlass, sind

leicht übertragbar und ihre Behandlung sollte dem bacteriologischen Befund entsprechen.

3. Neben der klinischen Beobachtung soll in diesen Fällen eine sorgfältige bacteriologische Untersuchung einhergehen.

EMIL MAYER.

59) **Lebar. Angina und Weisheitszahn. (Angine et dent de sagesse.)** *Soc. de l'internat. des hôpitaux de Paris. 24. Nov. 1904.*

Einseitige Angina, die mit dem Durchbrechen des Weisheitszahns auf derselben Seite zusammenfiel.

Jacquet hat einen entsprechenden Fall gesehen. Es bestand gleichfalls eine Angina mit überwiegendem Befallensein der einen Seite; ferner waren neuralgische Schmerzpunkte supra- und suborbital, retromaxillar und occipital derselben Seite vorhanden.

A. CARTAZ.

d. Diphtherie und Croup.

60) **A. Brunard. Die Diphtheritis seit 1901 auf der Abtheilung von Prof. Jacques im St. Petrushospitale. Die Bilanz der Intubation und der Tracheotomie. (La diphthérie depuis 1901 dans le service de M. le Prof. Jacques à l'Hopital St. Pierre; la bilance du tubage et de la trachéotomie.)** *La Clinique. No. 37. 1904.*

Im Jahre 1901 wurden 94 Fälle von Diphtheritis, Angina und Croup mit 15 Todesfällen behandelt; 68 Interventionen waren nothwendig: 36 Tracheotomien mit 11 Todesfällen und 45 Intubationen, wovon 32 Intubationen mit 2 Todesfällen, und 11 Intubationen mit nachfolgender Tracheotomie mit 4 Todesfällen und 3 Intubationen nach 1 Tracheotomie mit einem Todesfall.

Im Jahre 1902 kamen unter 117 Diphtheritisfällen mit 16 Todesfällen: 73 Intubationen auf 5 Tracheotomien.

Im Jahre 1903 82 Diphtheritisfälle mit 7 Todesfällen: 36 Intubationen mit 6 Todesfällen; keine Tracheotomie.

Vom 1. Januar 1904 bis 30. April: 45 Diphtheritiden mit 3 Todesfällen: 19 Intubationen mit 2 Todesfällen; keine Tracheotomie.

Die Tracheotomie wurde demnach auf der Abtheilung ganz von der Intubation verdrängt.

BAYER.

61) **Neufeld** (Posen). **Ueber chronische Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 20.*

Nach einer anscheinend leichten Angina trat bei einer 21jährigen Patientin, die eine Kohlenoxydgasvergiftung überstanden, unter Schluckbeschwerden ein Geschwür im Nasenrachen auf. Bacteriologisch: Reincultur von Diphtheriebacilen. Pseudomembranbildung wurde nicht beobachtet. Nach zwei Monaten subjectives Wohlbefinden, Heilung des Geschwürs erst nach 5 Monaten unter Milchsäurepinselungen und Gurgeln mit übermangansaurem Kali. Verf. rechnet den seltenen Fall den Diphtheroiden nach von Behring, die „klinisch dem Bilde der Bretonneau'schen Diphtherie unähnlich, dennoch durch Diphtheriebacillen hervorgerufen werden", zu.

ALBANUS (ZARNIKO).

62) **François. Beitrag zum Studium streptococcischer Pseudodiphtheritiden. (Contribution à l'étude du pseudo-diphtéries streptokokkiques.)** *Archiv Méd. Belges. Juni 1904.*

Der Autor führt zwei schwere Fälle von primärer Streptokokkenpseudodiphtherie an; der eine betrifft ein 7jähriges Mädchen, der andere einen 20jährigen jungen Mann mit tödtlichem Ausgang in kürzester Zeit. Bemerkenswerth ist dabei nach Verfasser, dass keine infectiöse Krankheit vorausgegangen, die Localsymptome beschränkt und das Aussehen ein diphtheroides war; das Bewusstsein blieb erhalten und fötider Athem trat erst gegen den Schluss auf, und schliesslich kommt noch der rasche Verlauf in Betracht.

BAYER.

63) **Ignatowsky** (Tomsk). **Ueber Scharlachdiphtherie.** *Züricher Dissertation. Druck d. schweiz. Grütlivereins. Zürich 1903.*

Verf. fand in 14 Fällen Streptokokken und nur 2mal Diphtheriebacillen (Material der medicinischen Klinik in Zürich). Sie hält in Uebereinstimmung mit den meisten neueren Autoren den Streptococcus pyogenes, und keineswegs den Diphtheriebacillus, für einen wesentlichen Factor, welcher bei der diphtherischen und nekrotischen Entzündung des Rachens und der Nase im Scharlach eine wichtige Rolle spiele. Hierbei möge dahin gestellt bleiben, ob die Streptococcusinvasion als Primär- oder als Secundärinfection aufzufassen sei.

JONQUIÈRE.

64) **W. P. Northrup. Pharynxcroup durch Naseníntubation gebessert. (Pharyngeal croup relieved by nasal intubation.)** *Archives of Pediatrics. Juli 1903.*

Ein 5 Monate altes Kind bekam in Folge starker Schwellung der Pharynxschleimhaut und der Tonsillen mit Verlegung des Nasenrachens derartige Behinderung der Athmung, dass es weder trinken, noch schlafen konnte. Das einzige Mittel schien die Tracheotomie zu sein. Nasenintubation mit weichen Gummiröhren erleichterte die Dyspnoe, so dass das Kind schlafen und trinken konnte. Es ging später an Pneumonie zu Grunde.

EMIL MAYER.

65) **Brunard. Die Nasenintubation und die Misserfolge der Larynxintubation. (Le tubage nasal et les échecs du tubage laryngien.)** *La Clinique. No. 4. 1904.*

B. schlägt nach dem Vorgange von Northrup die Nasenintubation bei schweren Scharlachanginen vor, wenn bei Pseudodiphtheritis eine enorme Anschwellung der Pharynxorgane bestehe, mit Retention fötider mucopurulenter Secrete der Nasenhöhle und hauptsächlich des Cav. retronasale. Er bedauert die Methode nicht früher gekannt zu haben, sie hätte ihm in einem von ihm citirten Falle die Tracheotomie ersparen können.

Was die Misserfolge der Intubation anbelange, so habe er deren zwei in seiner Privatpraxis gehabt, einen in Folge des Vorhandenseins adenoider Vegetationen, den andern wegen eines bestehenden Lungenödems; dazu komme noch das Verstopfen der Trachea durch Pseudomembranen, wovon Marfan in Paris einen Fall mitgetheilt, in welchem die Tracheotomie das Ausstossen der Pseudomembranen ermöglichte. Trotzdem halte er aber daran fest, dass die Intubation in der Mehr-

zahl der Fälle die Tracheotomie ersetze, nur solle der Arzt, welcher die Intubation vornimmt, sich immer zugleich mit dem nöthigen Instrumentarium für die Tracheotomie versehen.

BAYER.

66) **Rosa Engelmann. Siebenzig Intubationen wegen Kehlkopfdiphtherie. (Seventy intubations for laryngeal diphtheria.)** *American Medicine. 26. Nov. 1904.*

Die 70 Intubationen wurden unter sehr ungünstigen äusseren Bedingungen ausgeführt. Die Sterblichkeit betrug 37 pCt.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

67) **Jórgen Möller. Kurzgefasste Darstellung des Baues und der Wirkungsart der Stimmorgane, für Sänger und Gesanglehrer bestimmt. (Kortfattet Fremstelling af Stemmeorganernes Bygning og Virkemaade, beregnet for Sangere eg Sanglaerere.)** *Kopenhagen J. Frimodts Forlag. 1904. 75 Ss.*

Diese populär geschriebene Arbeit giebt Vorlesungen wieder, die der Verf. in dem Königlichen Dänischen Musikconservatorium gehalten hat.

E. SCHMIEGELOW.

68) **Barth** (Frankfurt a. O). **Ein neuer Gesichtspunkt bei der Behandlung der Aphonia spastica.**

Verf. konnte in einem Falle einen zeitweiligen, in 3 (davon einer 2 Jahre stimmlos) Fällen einen dauernden Erfolg herbeiführen dadurch, dass er beim Phonationsversuch zwischen die krampfhaft geschlossene Glottis im cartilaginösen Theil als Keil einen Sondenkopf oder eine endolaryngeale Elektrode drängte. Danach wurde die Sprache laut und tönend. Verf. erklärt, indem er die Aphonia spastica als Coordinationsstörung auffasst, den Erfolg damit, dass durch die mechanische Beeinflussung der Glottisbildung wieder die dazu gehörigen richtigen und verloren gegangenen Coordinationsvorstellungen geweckt werden.

ALBANUS (ZARNIKO).

69) **Trömner** (Hamburg). **Ursachen und Heilung des Stotterns.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 36. Vereinsbeilage.*

Erörterung der Bedingungen der normalen Sprache; „bei zu schwacher Innervation entsteht verwaschene Sprache (Lallen), bei verkehrter Innervation Stammeln, bei zu starker und zu langer (krampfhafter) Stottern.“ Nur bei initialen Lautstellungen (Silben-, Wort-, Satzanfang) wird gestottert, und nur, wenn der Stotterer „weiss, dass er sprechen soll“; also eine Art Zwangsneurose. Erblichkeitsziffer beim Stotterer ca. 60 pCt. Die vorhandene neuropathische Belastung documentirt sich in allgemeiner Disposition zu nervösen Zuständen und in einer besonderen motorischen Belastung, einer „Art Debilität des Sprachmechanismus“. Therapeutisch meist Erfolg durch Combination von hypnotischer Suggestion und Sprachübungen.

In der Discussion spricht Marr für Auffassung des Stotterns als spastische Coordinationsneurose, Thost fasst das Stottern auf als eine Reflexneurose aus



mechanischen Ursachen (gehemmte Nasenatmung durch Hyperplasie der Gaumen- und Rachenmandel), Fock hebt als Wichtigstes die Autosuggestion hervor, Engelmann plädirt für Auffassung als spastische Coordinationsneurose, Sinell erklärt als Wesentliches eine reizbare Schwäche des Sprachcentrums.

ALBANUS (ZARNIKO).

70) **Percy Fridenberg. Die sociale Bedeutung der Sprachdefecte. (The social significance of defective speech.)** *St. Louis Medical Review. 10. Dec. 1904.*

Nichts Besonderes.

EMIL MAYER.

71) **Bargebuhr** (Hamburg). **Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Aristochin.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 27.*

Verf. verwandte in 32 Fällen von Pertussis Aristochin, ein ungiftiges Chininderivat der Elberfelder Farbenfabriken; als Einzelgabe dem Kinde soviel Decigramme, wie es Lebensjahre zählt; 2—3mal täglich. Bei 26 dieser Fälle günstige Erfolge; in den anderen Fällen versagte das Mittel.

ALBANUS (ZARNIKO).

72) **R. Devos. Der Keuchhusten. (La Coqueluche).** *La Clinique. No. 12 und 13. 1904.*

Bericht über die Keuchhustenbehandlung auf der Abtheilung von Dr. Nauwelaers mit dem Leuriaux'schen Serum. 2 Serien. Bei der ersten Serie war das Serum dem Kaninchen entnommen, bei der zweiten dem Pferde. Das Gutachten von Dr. Nauwelaers geht dahin, dass das Leuriaux'sche Serum in gewissen Fällen ein ausgezeichnetes Resultat geliefert hat; in anderen Fällen trat sein wohlthuender Einfluss weniger hervor. Der Autor glaubt, dass man, um eine bestimmte Meinung über den Werth der Behandlung sich bilden zu können, abwarten müsse, bis man in den Besitz eines von grossen und stark immunisirten Thieren herstammenden Serums gelangt, dessen antitoxischer Werth genau determinirt sei.

In einer dritten Serie, in welcher der Autor selbst dem Pferde entnommenes Leuriaux'sches Serum larga manu angewandt hatte, waren die erzielten Resultate weniger gut, als in den beiden andern Serien, aber trotzdem könne er in aller Aufrichtigkeit behaupten, „dass das Leuriaux'sche Serum eine Wirkung auf den Keuchhusten ausübe". Die Ueberlegenheit des Kaninchenserums über das vom Pferde beruhe darauf, dass es Dr. Leuriaux nach seinen eigenen Aussagen nicht gelungen ist, das Pferd so vollständig zu immunisiren, als das Kaninchen. Leuriaux schreibt daher dem Kaninchenserum eine bactericide Wirkung von 6000 Einheiten zu, während die gleiche Menge Pferdeserums nur 3500 Einheiten betragen. Die Arbeiten Leuriaux' hätten jedenfalls den richtigen Weg gezeigt, obgleich man noch nicht auf der letzten Etappe angelangt sei.

BAYER.

73) **Broeckaert. Einige Worte über seine Versuche über die motorische Innervation des Larynx beim Affen. (. . . quelques mots de ses recherches sur l'innervation motrice du larynx chez le singe.)** *La Belgique Méd. No. 10. 1904.*

Das Studium der trophischen Störungen der Kehlkopfmuskeln nach Durch-

schneidung des Recurrens beim Affen erlaube nicht einen Schluss auf die biologische resp. physiologische Inferiorität des Abductionsmuskels zu ziehen. Auf diese bedeutungsvolle Thatsache wird B. später noch zu sprechen kommen.

BAYER.

74) **Davidsohn u. Westheimer** (Berlin). **Ueber einen Fall von Tabes mit Kehlkopfaffection (Vagus-Accessoriuslähmung) und Erkrankung des Ohrlabyrinths.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 47.*

42jähriger Kellner, zuerst Jahre lang Crises gastriques, dann allmälig dauernd heiser, zunehmende Abnahme des Hörvermögens links; zuletzt noch andere Erscheinungen der Tabes. Sensibilität im Pharynx und Larynx stark herabgesetzt. Diagnose: „Tabes dorsalis, Atrophia nerv. opt. utr., Abducensparese beiderseits; Parese des Laryngeus superior beiderseits, complete Recurrenslähmung links, fast complet rechts; Gaumensegellähmung beiderseits, degenerative Atrophie der unteren zwei Drittel des linken Cucullaris, beginnende des rechten Cucullaris, Labyrinth- (Acusticus-?) Affection links". Hervorgehoben wird die Seltenheit der Accessoriusbetheiligung bei Tabes, die fast doppelseitige Recurrenslähmung und die ausgesprochene Anästhesie im Kehlkopf.

ALBANUS (ZARNIKO).

75) **Vial** (Lyon). **Aortenaneurysma; Ictus laryngis; Recurrenslähmung. (Ectasie aortique; Ictus laryngé; paralysie du récurrent.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 15. Juni 1904.*

Pat. war ein 68jähriger Mann. Es bestand ausgesprochener Ictus mit nachfolgender Aphonie, als deren Ursache sich Lähmung des linken N. recurrens herausstellte. Die Radiographie zeigte die Existenz eines Aneurysma des Arcus aortae. Dieselbe hatte keine klinischen Symptome veranlasst. Verf. bezeichnet den Fall als den ersten von Ictus laryngis mit nachfolgender Recurrenslähmung.

PAUL RAUGÉ.

76) **Riva. Das Kehlkopfgeräusch und jugendliche Arteriosclerose. (Lo scroscio laringeo e l'induramento giovanile delle arterie.)** *XIV. Italienischer Congress f. innere Medicin. October 1904.*

Bei Individuen vorgerückten Lebensalters fühlt man oft, wenn man den Kehlkopf gegen die Wirbelsäule bewegt, unter den Fingern ein von der Verhärtung des Larynx herrührendes Geräusch. Verf. hat dieses Geräusch auch bei jugendlichen Personen im Alter von 16—20 Jahren constatiren können und dann fiel es zusammen mit dem Bestehen einer Arteriosklerose. Es fand sich jedesmal Accentuation des II. Tons. Verf. meint, dass das Kehlkopfgeräusch auch auf eine sonst noch nicht nachweisbare Arteriosklerose hinweist.

FINDER.

77) **Dr. Masip** (Barcelona). **Der schwere Pseudocroup. (El false crup grave.)** *El Criter. Catol. en las Cicus. Medic. No. Junio 1902.*

Verf. unterscheidet im Einvernehmen mit Castaneda hinsichtlich der Ursachen der Larynxstenosen ohne Pseudomembranen zwei pathogene Elemente, ein Entzündungs- und ein spasmodisches Element. Wenn letzteres dominirt, hat man es mit dem klassischen Pseudocroup oder stridulösem Laryngismus zu thun,

welcher gewöhnlich den adenoiden Wucherungen zuzuschreiben ist. Wenn das Entzündungselement vorherrscht, handelt es sich um den schweren Pseudocroup. Bei diesem ist es sicherlich schwierig, ihn von dem primären Croup des Kehlkopfes pseudomembranösen Ursprungs zu unterscheiden.

R. BOTEY.

78) **Chas. W. Richardson. Acute subglottische Laryngitis. (Laryngitis hypoglottica acuta.)** *Washington Medical Annals. März 1904.*

Die Bezeichnung ist gewählt für eine hauptsächlich das submucöse Gewebe betreffende acute Kehlkopfentzündung, die besonders die ary-epiglottischen Falten, die Taschenbänder und besonders die unmittelbar unter den Stimmlippen gelegene Partie befällt. Von den fünf Fällen des Verf.'s starb einer; in zwei musste zur Intubation geschritten werden.

EMIL MAYER.

79) **E. J. Moure. Ueber einen Fall von aphthöser Laryngitis. (On a case of aphthous laryngitis.)** *Annales of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Im vorliegenden Fall fand Verf. an der Zungenbasis und am freien Rand der Epiglottis einige kleine schalenförmige Erosionen, die von einem grauen opalinen Belag bedeckt und von einem etwas röthlichen Hof umgeben waren, der sich gegen die gesunde Schleimhaut absetzte. Verf. hielt die Affection für eine aphthöse; er erfuhr von der Patientin, dass sie oft an aphthösen Eruptionen im Munde litt und noch vor kurzem solche auf der Unterlippe und der Zunge gehabt habe. Unter Application einer 20proc. Argentumlösung auf die afficirten Stellen, Anwendung alkalischer Gargarismen und blander Diät verschwanden die Schmerzen innerhalb weniger Tage und man sah die normale, nur noch etwas geröthete Schleimhaut wieder.

EMIL MAYER.

80) **Samuel Mc. C. Hamill. Primäre membranöse Streptokokken-Laryngitis bei einem Erwachsenen. (Primary streptococcal membranous laryngitis in an adult.)** *American Medicine. 25. Juni 1904. N. Y. Medical Journal. 2. Juli 1904.*

Detaillirter Bericht über einen Fall. Bakteriologische Untersuchung ergab den Streptococcus in Reincultur.

LEFFERTS.

81) **Schultz** (Friedenau). **Ueber das acut entzündliche Oedem des Kehlkopfs durch Verbrennung bezw. Verbrühung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1904. 30.*

40jähriger Mann schluckte ein kochend heisses Kartoffelstückchen hinunter. Sofort Schlundschmerz und Gefühl des Zuschwellens des Halses. Aengstliche leise Stimme. Uvula und weicher Gaumen geröthet. Untersuchung nach Kirstein. Epiglottis mächtiger praller Wulst, Ligamenta glosso-epiglottica geschwollen. Keine Blasenbildung. Kein Stridor. Therapie: Aeusserlich Senfpapier, danach Eiskrawatte, Eisstückchen schlucken, Ruhe, Sprechverbot. Nächsten Tag Besserung, noch Schwellung der Ligamenta glosso-epiglottica.

ALBANUS (ZARNICO).

82) **Thomas J. Gaucher. Acutes Kehlkopfoedem als Complication von Gelenkrheumatismus. (Acute edema of the laxynx complicating articular rheumatism.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Pat. wurde intubirt, die Tube wurde nach 3 Stunden ausgehustet und Pat.

wurde von Neuem intubirt. Epiglottis, ary-epiglottische Falten und Taschenbänder waren enorm geschwollen. Tracheotomie wurde nicht gestattet und so musste Pat. 6mal intubirt werden. Die Tube musste ungefähr 60 Stunden in situ bleiben; erst nach 3—4 Wochen hatte der Larynx sein normales Aussehen wiedergewonnen. Verf. kommt zu dem Schluss:

Der Kehlkopf unterliegt häufiger, als man glaubt, einer rheumatischen Infection; als Resultat derselben kann acutes Oedem entstehen. Intubation kann die immanente Suffocationsgefahr beheben, jedoch muss der Operateur stets bei der Hand sein, um nöthigenfalls die Tube wieder einführen zu können.

In Fällen, wo die Intubation auf Schwierigkeiten stösst, soll die Tracheotomie gemacht werden.

Localapplicationen sind besten Falls nutzlos. EMIL MAYER.

83) **N. Godskesen** (Kopenhagen). **Die Kehlkopftuberculose während der Schwangerschaft und Geburt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 2. S. 286. 1903.*

Verf. hat in der Literatur ausser den von Kuttner zusammengestellten 7 Fällen noch 15 andere gefunden und dazu in dänischen Krankenhäusern, Kliniken und bei privaten Aerzten 31 nicht veröffentlichte Krankenberichte gesammelt. An kurzen Auszügen dieser 46 Krankheitsgeschichten legt er die überwiegend schlechte Prognose der Combination von Kehlkopftuberkulose und Schwangerschaft für Mutter und Kind dar. Er will der Tracheotomie in Uebereinstimmung mit Kuttner einen weit grösseren Platz als bisher eingeräumt wissen, geht aber weiter und hält eine frühzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft in den ersten Monaten in allen Fällen, wo man durch gründliche locale und universelle Behandlung auf eine jedenfalls relative Genesung hoffen darf, also wo das Allgemeinbefinden gut und das Lungenleiden nicht zu weit vorgeschritten ist, für indicirt.

F. KLEMPERER.

84) **Otto J. Stein. Bericht über zwei mittels Thyreotomie operirte Fälle von Kehlkopftuberculose. (Report of two cases of laryngeal Tuberculosis operated on by Thyrotomy.)** *The Laryngoscope. Oct. 1904.*

Fall I betraf eine 22jährige Frau. Die Thyreotomie wurde ohne vorausgegangene Tracheotomie gemacht. Die erkrankte Partie, die entfernt werden musste, umfasste die ganze Aryknorpelgegend einer Seite und die hintere Hälfte der Stimmlippe. Nach der Exstirpation des Gewebes wurde die Wundfläche mit reiner Milchsäure eingerieben. Die beiden Kehlkopfhälften wurden mit Catgutnähten zusammengenäht. Die Hautwunde wurde geschlossen bis auf das Cricothyroidspatium, in das eine dünne Tracheotomietube eingeführt wurde. Diese wurde am 2. Tage entfernt. Abgesehen von etwas Granulationsbildung um die Wunde ging die Heilung glatt von statten. Die Stimme wurde recht gut und der Allgemeinzustand der Pat. blieb gut. Sie nahm an Gewicht zu. Als Verf. die Pat. zuletzt sah, war die Wunde im Larynx völlig vernarbt. Die Diagnose war durch die histologische Untersuchung des exstirpirten Gewebes bestätigt.

Im II. Fall handelte es sich um einen 23jährigen Mann; die Untersuchung

der Lungen ergab nichts Bemerkenswerthes. Im Larynx sah man eine das linke Stimmband bedeckende Masse, an zwei Stellen kleine Ulcerationen. Bei der Thyreotomie fand sich am hinteren Ende des linken Stimmbandes ein Ulcus. Die Heilung ging glatt vor sich, nach 3 Monaten jedoch fand man ausgedehnte Lungentuberkulose.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Thyreotomie nur nach sorgfältiger Prüfung aller den Fall betreffender Umstände vorgenommen werden soll und nur für eine sehr beschränkte Zahl von Fällen in Betracht komme. EMIL MAYER.

85) **E. Harrison Griffin. Ein interessanter Fall von Kehlkopftuberculose. (An interesting case of tuberculosis of the larynx).** *N. Y. Medical Record. 17. Dec. 1904.*

Das interessante Moment in diesem Falle besteht in 3 Anfällen von Kehlkopfphthise, die jedesmal bis zum Stadium der Ulceration kamen und in der jedesmaligen schnellen Heilung, sobald der Pat. die Stadt verliess. Die innere Behandlung bestand in Verordnung eines Kreosotpräparats und kleiner Morphiumdosen, um den Husten zu unterdrücken. Was die locale Behandlung anbelangt, so schränkt sie Verf. möglichst ein, da er der Ansicht ist, dass die Geschwüre dadurch gereizt werden. Er sagt. dass er ihnen gegenüber dasselbe Princip beobachte, wie ein Chirurg dem gebrochenen Knochen gegenüber, nämlich das möglichster Ruhe. LEFFERTS.

86) **Notiz des Herausgebers. Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (Treatment of tuberculous laryngitis.)** *10. Dec. 1904.*

Gegen die Dysphagie verordnet Verf. folgendermaassen zusammengesetzte Tabletten:

Rp. Anaesthesin
Pulv. Alth. ana 4,0
Pulv. acaciae
Pulv. glycyrrhizae } ana 9,5.

Fiat tabulae No. 50. Im Munde halten, bis die Tabletten aufgelöst sind.

LEFFERTS.

87) **E. Hedinger** (Bern). **Primäre Tuberculose der Trachea und Bronchien.** (Verhandl. der Pathol. Gesellsch. 26—28. Mai 1904.) *Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie 1904.*

H. giebt den Sectionsbefund eines aus unbekannter Ursache verstorbenen 29jährigen Mädchens. Es fanden sich — als alleinige Manifestation der Tuberkulose — Ulcerationen in der Trachea, vorzugsweise an der Hinterwand, und in den grossen Bronchien in deren ganzer Circumferenz.

In der Discussion erwähnt Hansemann einer 73jährigen Frau, bei deren Section sich keine anderen Zeichen von Tuberkulose fanden, als Ulcerationen in der Trachea, die nach oben bis zum Larynx und nach unten bis unter die Bifurcation reichten. Schmorl hat 2 Fälle von primärer Tuberkulose der Trachea und Bronchien gesehen.

In dem einen entdeckte er — bei einem 18jährigen, an Typhus verstorbenen

Manne — einen halbstecknadelkopfgrossen nicht ulcerirten Tuberkel im linken Hauptbronchus, bei dem zweiten — einem 8jährigen Kinde — 3 über hirsekorngrosse Tuberkel in der Trachea. Sonst zeigten sich nirgendwo irgendwelche Zeichen von Tuberkulose.

A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

88) **Balp. Ergebnisse über experimentellen Thyreoidismus. (Risultati di esperienze di tiroidismo sperimentale.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. No. 9—10. 1904.*

Die Ergebnisse, zu denen Verf. gelangt, sind folgende:

Giebt man den geeigneten Versuchsthieren (jungen Hunden) Material, das aus Ställen, in denen Thyreoidismus herrscht, herrührt, so entstehen bei diesen Thieren schwere Veränderungen an der Schilddrüse, ob nun jenes Material vorher einer mechanischen Sterilisirung unterworfen worden ist oder nicht. Die hervorgerufenen Veränderungen sind solche, dass sie auf eine specifische locale Erkrankung der Schilddrüse hinweisen und schädigen deren physiologische Function aufs Schwerste.

FINDER.

89) **Mancioli. Der Kropf in Monte Celio (Provinz Rom). (Il Gozzo a Monte Celio, Provincia di Roma.)** *Arch. Ital. di Otologia. II. 1904.*

Monte Celio besteht aus einer Häusergruppe, die sich auf einem 300 m hohen Hügel über der Campagna Romana erhebt. Trotz bester klimatischer Bedingungen herrscht hier endemisch der Kropf. Das männliche Geschlecht ist immun, wogegen bei den Weibern circa 60 pCt. Kropf haben. Verf. ist geneigt, eine der Hauptursachen dafür in dem durch häufiges und sehr langdauerndes Stillen verursachten Kräfteverlust zu sehen.

FINDER.

90) **Ayello. Die Jodkataphorese beim Kropf. (La cataforesi iodica nella cura del gozzo.)** *Aus dem Jahresbericht von Prof. Massei für 1902—1903. Neapel 1904.*

Aus den gemachten Beobachtungen geht hervor, dass es der positive Pol ist, der das Jod in die Gewebe bringt. Wenn man den negativen Pol, der mit in Jodlösung getränkter Watte umwickelt ist, direct auf die Schilddrüse aufsetzt, so empfinden die Patienten einen unerträglichen brennenden Schmerz, die Haut erscheint stark irritirt, bisweilen in Blasen abgehoben. Infolge dieser starken lokalen Reizung dringt das Jod nicht in den Körper ein, wogegen bei Application der Anode die Patienten nach wenigen Sitzungen den charakteristischen metallischen Jodgeschmack im Munde constatiren.

Verf. hat 28 Fälle beobachtet, von denen er 13 ausführlich beschreibt, bei denen er den ganzen Verlauf beobachten konnte. Bei 8 davon waren keine Compressionserscheinungen vorhanden, bei 5 war bald die Trachea, bald der Recurrens comprimirt. Die Ergebnisse waren ausgezeichnet, besonders bei frischen Formen und bei jugendlichen Individuen, ferner am besten beim einfachen Kropf.

FINDER.

g. Oesophagus.

91) **Jules Comment. Spasmus der Speiseröhre. (Spasme oesophagien.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 24. Mai 1904.*

Es handelte sich in diesem Fall um ein Kehlkopfepitheliom nebst Verengerung des unteren Speiseröhrenendes durch einen secundären ringförmig den Oesophagus umgebenden Tumor.

PAUL BAUGÉ.

92) **J. S. Evans. Diffuse Dilatation des Oesophagus infolge Cardiospasmus. (Diffuse dilatation of the oesophagus due to cardiospasm.)** *N. Y. Medical Record. 22. Oct. 1904.*

Verf. berichtet über 2 Fälle persönlicher Beobachtung. In jedem dieser Fälle war die Diagnose auf diffuse Dilatation der Speiseröhre mit spastischer Contraction der cardialen Magenöffnung gestellt. Die Hauptsymptome bestanden darin, dass, wenn der Patient in horizontaler Lage war, die Nahrung zum Munde hinauslief, ferner in Dysphagie, Regurgitiren der zuletzt genommenen Nahrung, sowie darin, dass eine Magensonde sich ohne Schwierigkeit einführen liess, die Plötzlichkeit, mit der diese nach Ueberwindung des Hindernisses in den Magen eindrang, das Fehlen des zweiten Schluckgeräusches. Die Prognose ist quoad sanationem schlecht.

LEFFERTS.

93) **E. J. Moure. Oesophagoskopie und Fremdkörper des Oesophagus. (Oesephagoscopie et corps étranger de l'oesophage.)** *Gazz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. 27. März 1904.*

Verf. hat das Verfahren wiederholt angewandt und es sehr nützlich sowohl bei der Diagnose wie bei der Behandlung gewisser Speiseröhrenerkrankungen befunden. Er bespricht im Einzelnen die Entfernung der Fremdkörper, Diagnose von Tumoren, Stricturen etc.

Autoreferat.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Auszug aus dem „Traité de Radiologie médicale“ von Dr. C. Bouchard. G. Steinheil. Paris.

I. Abtheilung: Max Scheier. Kopf im Allgemeinen, Zähne, Mund, Ohr und obere Luftwege.

Verfasser weist auf die naturgemässe Thatsache hin, dass, während die Untersuchung der Extremitäten mittels Röntgenstrahlen von Anfang an sorgfältig geübt wurde, man erst später diese Untersuchungsmethode auf die von ihm hier abgehandelten Körpertheile ausdehnte. Wenn daher die Ergebnisse dieses Capitels auch nicht mit denen verglichen werden können, die aus den anderen Abtheilungen des Bouchard'schen Sammelwerkes sich ergeben, so hat Scheier doch viel Werthvolles zusammentragen können.

Das erste Capitel ist der Anwendung der Röntgenstrahlen zum Studium der embryologischen Entwickelung des Kopfes gewidmet. Nach einer kurzen Beschreibung der Technik schildert Verf., was man auf dem Fluorescenzschirm oder der

photographischen Platte von der Entwickelung des Kopfes vom dritten Monat an sieht, und behandelt zum Schluss auch die Monstrositäten.

Das zweite Capitel handelt von der allgemeinen Anatomie des Kopfes. Nach Schilderung der Technik giebt Verf. werthvolle Hinweise zur Deutung der radioskopischen Bilder, ferner bespricht er die Methoden der Radioskopie und Photographie eingehend. Einen hervorragenden Platz nimmt hier die stereoskopische Photographie ein.

Das dritte Capitel, dessen Gegenstand die Physiologie ist, verdient mit grossem Interesse gelesen zu werden, da es uns mittels der Röntgenstrahlen sowohl eine Bereicherung unserer Kenntnisse, wie eine Bestätigung anderer Beobachtungsmethoden bringt. Lippen, Zunge und weicher Gaumen werden nach einander abgehandelt und das, was während ihrer Function wahrgenommen wird, beschrieben. Scheier sieht in dem Fluorescenzschirm ein werthvolles Mittel, um das, was mittels anderer Methoden wahrgenommen wird, zu controliren und zu bestätigen. Im zweiten Theil dieses Capitels wird die Physiologie des Schluckactes abgehandelt.

Das vierte Capitel hat die Anwendung der Röntgenstrahlen bei der Untersuchung pathologischer Zustände zum Gegenstande mit Ausnahme der Fremdkörper, die an einer anderen Stelle ihren Platz gefunden haben. Eines der interessantesten Theile dieses Capitels ist der von der Untersuchung der Höhlen des Kopfes und der Einführung von Sonden in diese.

Das nächste kurze Capitel, das der Otologie gewidmet ist, wird mit der Bemerkung eingeleitet, dass ausser vom anatomischen Standpunkte aus bisher mittels Röntgenstrahlen auf diesem Gebiete noch nicht viel erreicht worden ist. Auch hier wird der Werth stereoskopischer Aufnahmen ins rechte Licht gesetzt.

Im letzten Capitel, in dem Odontologisches behandelt wird, werden interessante Mittheilungen über Entwickelung, Anomalien und pathologische Veränderungen der Zähne gemacht.

Es ist naturgemäss, dass in vorliegender Arbeit nicht alle Theile von gleichem Interesse und gleicher Bedeutung sind. Das ist nicht Schuld des Verfassers, sondern liegt daran, dass die einen Theile der abgehandelten Körperregion sich besser für die in Frage kommende Untersuchungsmethode eignen, als die anderen. Es ist zu hoffen, dass mit fortschreitender Technik auch für diese Theile die Anwendung der Röntgenstrahlen eine höhere Bedeutung haben wird, als es heutzutage möglich ist.

II. Abtheilung: A. Ruault und M. Mignon. Aeusserer Hals, Rachen, Kehlkopf und Halswirbelsäule.

Diese Abtheilung gehört zu dem Wichtigsten, was bisher auf dem Gebiete der medicinischen Radiologie veröffentlicht worden ist. Das erste Capitel umfasst 58 Seiten. Es wird zunächst die für Röntgenaufnahmen der betreffenden Körperregion in Betracht kommende Technik, sowie die Apparate beschrieben, dann folgt ein kurzer historischer Ueberblick über den Gegenstand. In einem folgenden Abschnitt wird die Anatomie der Cervicalgegend bei Embryo, Kind

und Erwachsenem abgehandelt, sodann wird die radioskopische Beschreibung des Larynx gegeben.

Das folgende Capitel ist der Physiologie des Larynx und seinen Bewegungen gewidmet. Einen grossen Raum nimmt die Besprechung der Fremdkörper ein; dann werden die Verwundungen, Entzündungen, Tuberkulose, Syphilis und Tumoren besprochen. Auch die Trachea ist nicht vergessen.

In Anbetracht des ihnen zur Verfügung gestellten Raumes und des grossen zu bewältigenden Stoffes kann man nur anerkennen, dass die Verfasser es verstanden haben, durch zweckmässige Anordnung und Eintheilung dem Buche eine gedrungene und praktische Form zu geben. Folgende Bemerkungen seien nicht als Eingebung eines ungerechten Nörgelns angesehen: Wenn ein Laryngologe wünscht, eine gründliche Anschauung vom Werth der Röntgenstrahlen für diese Körperregion zu erhalten, so müsste er ausser dem Ruault-Mignon'schen Buche noch ein anderes oder vielleicht das ganze Werk zu Hülfe nehmen, von dem jenes nur ein Theil ist. Ferner existiren prachtvolle Atlanten, wie der von Ziemssen, die nach den neuesten Methoden hergestellt sind und gleichzeitig ausgezeichnete photographische Wiedergaben des Thorax unter verschiedenen Bedingungen enthalten. Man kann nicht umhin zu wünschen, dass die Verfasser dieses Abschnittes mehr Abbildungen gegeben hätten. Von einem Gesichtspunkte aus sind die Laryngologen den Verfassern ganz besonders zu Dank verpflichtet: sie haben Thatsachen, die vorher in einer grossen Anzahl von Specialwerken zerstreut waren, zusammengetragen. Das Capitel als solches kann als durchaus gelungen bezeichnet werden.

John Macintyre (Glasgow).

---

b) Société Française d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie.

Sitzung von 1904.

Vorsitzender: Castex.

Ruault: Ueber chronische nicht specifische Laryngitiden. Klinische Formen. Behandlung.

R. theilt die chronischen nicht specifischen Laryngitiden in zwei Hauptgruppen:

a) Katarrhalische Formen, nämlich 1. Laryngitis catarrhalis chronica simplex und 2. Laryngitis sicca.

b) Hypertrophische Formen, nämlich 1. Laryngitis hypertrophica diffusa und 2. Laryngitis hypertrophica circumscripta; letztere wird noch eingetheilt in L. hypertrophica circumscripta anterior und posterior oder Pachydermia diffusa (Virchow).

Histologisch ist die erste Gruppe charakterisirt durch Läsionen, die auf Veränderungen der Secretion beruhen, während die zweite charakteristische Zeichen aufweist, die eine Verwechselung mit der einfachen entzündlichen Schwellung nicht gestatten. Zu der Gruppe der hypertrophischen Laryngitiden und speciell zu den Pachydermieen zählt Verf. auch die benignen Tumoren der Larynxschleimhaut, die klinisch als Kehlkopfpolypen bezeichnet werden und

deren entzündliche Entstehung wohl wenigstens für die Mehrzahl der Fälle feststeht.

Aetiologische Factoren der chronischen Laryngitis sind: Wiederholte acute und subacute Laryngitis, Coryza und chronische Angina, alle Formen der Undurchgängigkeit der Nase und Ozaena. Chronische Bronchitiden, Emphysem, schlecht compensirte Klappenfehler, progressive Myocarditis prädisponiren dadurch, dass sie einen Zustand von Congestion im Kehlkopf bedingen, zu dauernden chronischen Entzündungszuständen im Kehlkopf und erleichtern deren Auftreten. Die chronische Laryngitis entsteht auch leicht bei Personen mit chronischen gastro-intestinalen Störungen, ferner bei gewissen Formen von Migräne, Rheumatismus, Hämorrhoiden, Arthritis etc.; auch beobachtet man sie häufig bei Gicht und Diabetes. Erwähnt muss auch die chronische professionelle Laryngitis werden infolge übermässigen oder falschen Gebrauchs der Stimme oder infolge Einwirkung von Rauch oder Staub.

Die grösste Zahl der Kranken gehört dem Lebensalter von 30—35 Jahren an. Die chronische Laryngitis ist häufiger in den Ländern der kalten, als in denen der gemässigten oder warmen Zone, besonders begünstigt wird ihr Entstehen jedoch durch plötzliche Temperaturübergänge.

Vom therapeutischen Gesichtspunkte aus besteht die erste Indication in der Beseitigung der primären Ursache. Die directe Behandlung ist ausschliesslich local.

Mendel empfiehlt intratracheale Injectionen mit 5proc. Eucalyptolöl. Die Technik ist sehr einfach und das Verfahren kann auch Händen anvertraut werden, die mit der Handhabung des Kehlkopfspiegels wenig vertraut sind.

Viollet macht darauf aufmerksam, dass nach Versuchen von Lubet-Barbon eine Schluckbewegung gemacht wird, durch welche die Injectionsflüssigkeit heruntergeschluckt wird, so dass die von Mendel empfohlene Methode nur in den Händen Geübter das gewünschte Resultat haben kann.

Délie (Ypres): Ein Fall von Oberkiefer-Stirnhöhleneiterung mit Abnormität der Stirnhöhle.

Pat. litt an heftigen Kopfschmerzen, neuralgischen Schmerzen im linken Auge und den linken oberen Zähnen. Operation des Stirnhöhlenempyems. Man findet einen Sinus von ausserordentlicher Kleinheit, der vollkommen in der Orbitalwand liegt und 2 cm in der Breite und 1 cm in der Höhe misst.

Moure (Bordeaux): Klinische Betrachtungen über die Stirnhöhlenempyeme.

M. berichtet über zwei Fälle, in denen nach Operation des Stirnhöhlenempyems sehr interessante Complicationen auftraten. Im ersten Fall handelte es sich um ein mittels des Ogston-Luc'schen Verfahrens wegen Mucocele der Stirnhöhle operirtes Mädchen. Einige Tage nach der Operation zeigte die Patientin eine Orbitalphlegmone, die eine tiefe Incision nöthig machte und zeitweilig den Gedanken an den Verlust des Augapfels nahe legte. Eine starke Septumdeviation auf der operirten Seite verhinderte eine wirksame nasofrontale

Drainage. Die Kranke genas, sie hat jedoch noch im innern Mundwinkel einen Fistelgang.

Im zweiten einen 43jährigen Mann betreffenden Fall handelte es sich um eine angeblich seit der Kindheit bestehende Eiterung sämmtlicher Nebenhöhlen. Nach Operation des doppelseitigen Oberkieferempyems schritt M. zur Radicaloperation der Stirnhöhlen. Rechts fand man einen grossen Sinus mit reichlichem Eiter und Granulationen; links einen grossen abgeschlossenen Abscess, der die cranielle Wand zurückgedrängt und sich hinter der Orbita eine Nische gebildet hatte. Einige Tage nach der Eröffnung zeigte Pat. Symptome einer Phlegmone des rechten Augenlids. Als man ihn von dieser Complication schon fast geheilt betrachten konnte, trat, zum Theil wohl durch sein sorgloses Verhalten verursacht, eine neue Infection auf und Pat. ging unter den Anzeichen eines Gehirnabscesses zu Grunde. Verf. schliesst daran Betrachtungen über die Verfahren, die in den verschiedenen Fällen einzuschlagen sind.

Lermoyez hat zur Zeit das Ogston-Luc'sche Verfahren ganz verlassen; am häufigsten verwendet er die Kuhnt-Luc'sche Methode und wenn die Höhle so gross ist, dass die aus der Operation resultirende Deformität voraussichtlich sehr beträchtlich sein wird, die Killian'sche. L. wendet sich gegen die heute bestehende Tendenz, eine Methode als die allein empfehlenswerthe zu bezeichnen. Nach seiner Ansicht wird man mit dem Fortschreiten unserer pathologisch-anatischen Kenntnisse dazu kommen, mehrere anatomisch-klinische Typen von Stirnhöhlenempyem zu unterscheiden und für jede derselben wird die eine oder andere Operationsmethode in Betracht kommen.

Luc hatte früher die Entstehung von intracraniellen Complicationen nach Eröffnung des Sinus durch ungenügende Desinfection des letzteren zu erklären versucht, ist aber von dieser Ansicht zurückgekommen, seitdem er mehrere Fälle beobachtet hat, in denen nach Auftreten meningitischer Symptome die Höhle wieder eröffnet und im Zustand völliger Reinheit gefunden wurde. Seiner Meinung nach liegt die Infectionsquelle nicht in der Stirnhöhle, sondern in den vorderen Siebbeinzellen, die bekanntlich fast immer an der Stirnhöhleneiterung theilnehmen. Luc meint also, dass nur die Killian'sche Operation gestattet, das ganze vordere Siebbeinlabyrinth frei zu legen. Seitdem er sich ausschliesslich dieser Methode bedient, hat er keinen Fall von intracranieller Complication mehr beobachtet, während er nach dem Ogston-Luc'schen Verfahren solche in einem Sechstel der Fälle zu beklagen hatte.

Mahu (Paris): Sinusitis der Stirnhöhle und Oberkieferempyem bei einer 77jährigen Frau; Verweigerung der Operation; Tod.

Pat. bot alle Symptome einer Oberkiefer-Stirnhöhleneiterung; es wurde kein anderer Eingriff gestattet, als eine Anbohrung der Oberkieferhöhle von der Alveole aus. Pat. starb nach 24stündigem Coma. M. macht auf folgende Punkte aufmerksam.

1. Die Wichtigkeit der Differentialdiagnose zwischem dem Oberkieferempyem und der eigentlichen Sinusitis maxillaris chronica, besonders mit Hilfe seines „signe de capacité“.

2. Die foudroyante Schnelligkeit des tödtlichen Verlaufs in derartigen Fällen und die Gefahr, die besteht, wenn man nicht eingreift, sobald die Diagnose auf Sinusitis der Stirnhöhle gestellt ist.

Lermoyez hält die Stirnhöhleneiterung nicht für so gefährlich; es wäre übertrieben, systematisch jeden Fall zu operiren, besonders da die Operation nicht so harmlos sei, wie man behaupte.

Jaques (Nancy): Zwei laryngologische Fälle.

1. Ein 5jähriges Mädchen, bei dem wegen einer in den Larynx eingeklemmten Agraffe die Laryngofissur gemacht worden war. 2. Eine Kranke mit Syphilis, bei der ebenfalls eine Laryngotomia intercrico-thyreoidea hatte gemacht werden müssen wegen beiderseitiger Crico-Thyreoid-Anchylose, die eine Folge einer vor 14 Jahren gemachten hohen Tracheotomie war. Es war kein Decanulement möglich gewesen.

Mermod (Lausanne): Behandlung der Larynxtuberculose.

M. sieht das beste Mittel in einer Zerstörung der erkrankten Gewebe durch Cauterisation. Er stellt einen vor 9 Jahren mittels dieser Methode behandelten Kranken vor, der sich in einem sehr vorgeschrittenen Stadium der Krankheit befunden hatte und bis heute geheilt geblieben ist.

Raoult (Nancy): Peritonsilläre externe Phlegmone in Folge Infection durch einen Fremdkörper.

Die schweren Allgemeinsymptome besserten sich nach der 3. Incision, die eine Menge fötiden Eiters zu Tage brachte. Am nächsten Tage spuckte der Kranke mit dem Eiter zugleich ein $1^1/_2$ cm langes Stück Strohhalm aus, das sich nach seinen Angaben ungefähr 15 bis 20 Tage lang im Rachen befunden haben musste.

Lermoyez stellt einen Patienten mit intranasalem Carcinom vor, der nach der Moure'schen Methode operirt worden ist. Ausgezeichnetes Resultat.

Mounier (Paris): Resultate systematischer Anwendung von Penghawar bei flächenhaften Schleimhautblutungen.

Delsaux erinnert an eine im Jahre 1857 über dieses Thema von Broeker (Auvers) erschienenen Arbeit.

Beclère und Paul Viollet: Ein Fall von erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandeltem Larynxtumor.

Der 51jährige Patient stellte sich im November 1903 mit einem Tumor der seitlichen Larynxwand vor, der nicht ulcerirt schien und stark in das Kehlkopflumen hineinragte, indem er einen grossen Theil der Stimmbänder verdeckte, auch über die ary-epiglottischen Falten hinaus sich auf die anliegende Rachenwand erstreckte. Die Drüsen neben der linken Seite des Kehlkopfs waren geschwollen bis zur Höhe einer kleinen Nuss und unter der Haut beweglich. Es bestand ausgesprochene Dysphagie; der Patient hatte 18 Pfund an Gewicht im Lauf zweier Monate verloren. Es wurde von verschiedenen Beobachtern die Diagnose auf Carcinom gestellt; die histologische Untersuchung fehlte.

Da Patient die ihm vorgeschlagene totale Larynxexstirpation refusirte, kam man auf den Gedanken, es mit der Radiotherapie zu versuchen. Béclère wandte vom 1. December 1903 bis 29. März 1904 die Röntgenbestrahlung in vier Serien von Sitzungen an. Drei Monate nach Beginn der Behandlung hatte die Geschwulst an Volumen abgenommen; die Drüsenschwellung war verschwunden. Zur Zeit ist an Stelle des Tumors nur noch eine Art narbiger Excavation vorhanden, die linke Kehlkopfhälfte ist unbeweglich. Patient hat 16 Pfund an Gewicht zugenommen, isst ohne Schwierigkeiten, die Stimme ist wiedergekehrt, die Drüsenschwellung verschwunden.

Moure hat mehrere Male die Radiotherapie bei der Behandlung des Kehlkopfkrebses versucht, bis jetzt ohne jeden Erfolg. Bevor man von der Heilung eines Carcinoms durch Roentgenstrahlen spricht, muss die Diagnose durch den objectiven Befund und histologische Untersuchung festgestellt sein. Der Kranke Viollet's, den er untersucht hat, bietet augenblicklich keine Zeichen einer malignen Erkrankung des Stimmorgans; es besteht eine einfache Infiltration der Innenfläche des linken Aryknorpels, der noch beweglich ist.

Delsaux hat in Bezug auf Radiotherapie keine Erfahrung, hat aber zwei Fälle mit Radium behandelt, einen von Carcinom des Kehlkopfs und ein Cancroid der Nase. Ersterer heilte unter dieser Behandlung nicht und musste später operirt werden; dagegen heilte das Cancroid der Nase in 10 Sitzungen unter Radiumbestrahlung.

Garel: Laryngocele ventricularis.

Der 37jährige Patient zeigte als einziges Symptom Aphonie; die Laryngocele konnte mittels der Laryngoskopie während der Phonation diagnosticirt werden.

Bar: Grosser Polyp an der linken Choane; Extraction durch den Mund.

Castex: Laryngotomie; technische Details.

C. macht gewöhnlich einen verticalen Schnitt in der Medianlinie unter Chloroformnarkose und ohne vorausgegangene Tracheotomie. Die Durchtrennung des Schildknorpels und der Membrana thyreo-hyoidea und crico-thyreoidea ermöglichen einen genügenden Zugang zum Kehlkopfinnern.

Molinié: Betrachtungen über einen Fall von totaler Larynxexstirpation.

Patient ist ein 63jähriger Mann. Am 6. Tage nach der Operation begann eine Bronchopneumonie, am 14. Tage Exitus. Die Operationswunde war völlig geheilt und Patient konnte sich ohne Sonde ernähren. M. weist auf die Wichtigkeit eines aseptischen Milieus für die Nachbehandlung hin.

Chavasse: Kehlkopftuberculos, Tracheotomie, Thyreotomie.

Bei der ersten Untersuchung ergab sich, dass der Patient eine Perichondritis des Schildknorpels nebst ausgesprochener Infiltration der ary-epiglottischen und der Taschenbänder hatte, wodurch eine sehr erhebliche Stenose verursacht wurde. Es musste wegen Erstickungsgefahr die Laryngotomia crico-thyreoidea gemacht

werden. Aus der Anamnese ergab sich, dass Patient vor 19 Jahren an Syphilis erkrankt war. Im Auswurf fanden sich reichlich Tuberkelbacillen. Es wurde eine antisyphilitische und antituberculöse Behandlung eingeleitet. Die Perichondritis ging zwar zurück, doch blieb die Infiltration und die tuberculösen Vegetationen unverändert. Drei Monate nach der Operation wurde die Thyreotomie mit Curettage des Kehlkopfinnern und Excision des rechten Stimmbands vorgenommen. Befriedigendes Resultat. Patient konnte seiner Beschäftigung wieder nachgehen. Er ging 15 Monate später an einer foudroyanten Haemoptoe zu Grunde.

Laurens: Lipom der Epiglottis; Pharyngotomia transhyoidea.

Sombard: Larynxexstirpation. Vorstellung eines von Sebileau wegen Larynxcarcinoms operirten Patienten.

Vacher: Ueber das geeignetste Verfahren zur Exstirpation eingekapselter Mandeln.

V. schlägt folgendes Verfahren ein: Abtrennung der Gaumenmandeln von der Umgebung nach vorn, hinten und unten; mittels einer Pincette wird die Mandel aus ihrer Nische hervorgezogen und dann die Schlinge um sie herumgelegt. Bedient man sich der kalten Schlinge, so zieht man sie langsam zu.

Escat (Toulouse): Siebbein-Keilbeinhöhlemempyem bei 12 jährigem Kind.

Nach einer Angina trat Otitis media und Empyem der Siebbeinzellen und des Keilbeins auf, complicirt mit Erscheinungen von Seiten der Augen (Neuritis optica mit nachfolgender Atrophie). Nachdem sich die endonasale Behandlung als erfolglos erwiesen hatte, wurde das Siebbeinlabyrinth von der Orbita aus ausgeräumt; Abtragung der mittleren und oberen Muschel, Curettage der Keilbeinhöhle. Heilung nach 7 Wochen. Trivas (Nevers).

---

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom Mai 1904.

Vorsitzender: Charters Symonds.

St. Clair Thomson: Vollständige submucöse Resection des verbogenen Septums.

Es wird eine Beschreibung des Operationsverfahrens gegeben. Der Vortheil, der in der Erhaltung der Schleimhaut besteht und der sich durch die schnelle Heilung und das Fehlen der Borkenbildung erweist, wiegt die längere Dauer der Operation auf. Redner operirt unter allgemeiner Anästhesie bei Anwendung von Adrenalin.

Scanes Spicer macht darauf aufmerksam, dass eine ähnliche Operation in den Büchern von Mackenzie, Mac Donald, Mc. Bride und Ball erwähnt wird und dass sie 1851 von Chassaignac und später von Hartmann und Petersen beschrieben worden ist. Mac Donald hielt einen Vortrag darüber im Jahre 1888 (Brit. Med. Assoc.) und hat seitdem die Operation ständig ausgeführt.

Besondere Sorgfalt verwandte er darauf, dem vorderen oberen Winkel des Septumknorpels bei der Operation nicht zu nahe zu kommen.

St. Clair Thomson hat die Operation unter Anwendung von Cocain und Adrenalin ohne Blutung ausführen können.

Pegler: Fälle von Septumdeviation mittels der Moure'schen Operation corrigirt.

P. berichtet über vier erfolgreich behandelte Fälle.

Waggett: Die Moure'sche Operation hat den Vorzug, dass sie innerhalb ganz kurzer Zeit unter Stickstoffoxyd-Narkose ausgeführt werden kann.

Grant bedient sich zur Graderichtung des Septums einer durch dasselbe von der concaven Seite her durchgestochenen Nadel und macht dann die Moure-sche Operation.

Lack bezweifelt, dass langdauernde Operationen mit langer Narkose nöthig sind; in der Mehrzahl der Fälle komme man mit einem kleinen Eingriff zum Ziel.

Baber hat sich ebenfalls der Nadel zur Graderichtung des Septums bedient.

Smurthwaite: Wo auf der concaven Seite genügend Platz vorhanden ist, da ist die Moure'sche Operation angebracht; wo dies nicht der Fall ist, sind die submucösen Resectionen mehr am Platz.

Tilley hält es für richtig, den vorderen Theil der unteren Muschel auf der concaven Seite fortzunehmen, sonst entsteht nach der Moure'schen Operation auf dieser Seite eine Stenosirung.

Kelson: Ulceration der Epiglottis und der Stimmbänder bei einem 12 jährigen Knaben.

Die Affection ist wahrscheinlich eine lupöse.

Derselbe: Parotistumor bei einem 14 jährigen Knaben.

Die Entstehung des Tumors datirt seit 2 Jahren; er ist halbfluctuirend und wächst langsam.

Der Vorsitzende und De Santi halten den Tumor für embryonalen Ursprungs und zwar aus der ersten Kiemenspalte entstanden.

Davis: Perforation des linken Stimmbandes.

39jährige Frau mit Lungentuberculose hatte granulirte und geschwollene Stimmbänder. Man sieht ein Sängerknötchen auf dem linken Stimmband und während der Phonation eine elliptische Oeffnung im mittleren Drittel desselben.

Sir Felix Semon hat niemals einen ähnlichen Spalt gesehen. Man sieht den Schlitz nur zeitweise bei der Phonation. Er hat niemals beobachtet, dass ein tuberculöses Stimmbandgeschwür eine Perforation zurücklässt.

Der Vorsitzende hält den Schlitz für congenital.

Donelan erinnert sich, einen von Morell Mackenzie behandelten Fall gesehen zu haben, wo nahe dem inneren Rand des Stimmbandes ein längsverlaufender, augenscheinlich angeborener Spalt verlief.

Davis: Kuglige Schwellung auf der rechten Kehlkopfseite.

Der 29jährige Patient ist bereits im April 1903 der Gesellschaft vorgestellt worden. Seit dieser Zeit ist der Tumor gewachsen und verursacht etwas Dysphagie. Es bestehen keine andern Symptome. D. ist jetzt geneigt, den Tumor für ein Adenofibrom zu halten. Eine Punction hat eine erhebliche Blutung verursacht.

Sir Felix Semon erinnert daran, dass er einen ähnlichen Fall der Gesellschaft vorgestellt hat. Bruns berichtet über einen identischen Fall, den er von aussen operirte und der sich als ein Fibro-Myo-Lipom herausstellte. Vielleicht handelt es sich hier um einen ähnlichen Tumor.

Lack hat ebenfalls einen ähnlichen Fall gesehen, der sich als Fibrom erwies.

Der Vorsitzende, Powell und Waggett rathen zur Entfernung des Tumors von aussen her.

Bronner: Angiom der linken Kieferhöhle.

Bei der 60jährigen Patientin fand man eine die linke Nase obturirende graurothe, unregelmässig gestaltete Tumormasse, die einen durchaus malignen Eindruck machte. Mit einer Sonde gelangte man durch den Tumor hindurch in die Kieferhöhle. Mikroskopisch fand sich eine myxomatöse Narbe, wie bei Nasenpolypen völlig durchsetzt von capillaren Gefässen, so dass man die Diagnose auf ein Angiom stellen konnte.

Scanes Spicer: Ein Fall von „blutendem Polypen“ des knorpeligen Septums.

Der Tumor sass ungefähr in der Mitte des knorpeligen Septums. Nach Abtragung recidivirte er innerhalb 6 Wochen und wuchs sehr erheblich. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass der Tumor aus angiomatösem, sarcomatösem und fibrösem Gewebe bestand; er musste zu den malignen Neubildungen gezählt werden.

Grant hat in ähnlichen Fällen Curettage und Galvanokaustik angewandt.

Scanes Spicer: Präparate und mikroskopische Schnitte von Tumoren, die von einem Fall von chronischer Antrum- und Siebbeinerkrankung herrühren.

Es handelte sich um eine 50jährige Frau, die häufig an eitriger Absonderung aus der Nase gelitten hatte. September 1903, trat nach einem Schnupfenanfall, der länger als gewöhnlich gedauert hatte, eine Schwellung der Wange auf. Die Untersuchung ergab, dass die mittlere Muschel in eine grosse fleischige, den oberen Theil der Nase ausfüllende Masse umgewandelt war und dass zwischen ihr und der lateralen Nasenwand eine viscöse, gelbe, mit Eiter gemischte Flüssigkeit hervorquoll. Bei der Durchleuchtung erschien die rechte Seite dunkel. Es wurden nun die Tumormassen der mittleren Muschel abgetragen, man fand die Siebbeinzellen und die Highmorshöhle erfüllt von polypenähnlichen Massen. Ferner fand man Pfröpfe einer halbfesten, cholesteatomähnlichen Masse und harte gelbe solide Materie, die getrocknetem Gummi arabicum glich. Die Heilung vollzog sich ohne

Zwischenfall; 7 Monate nach der Operation befand sich Pat. wohl, es war kein Recidiv eingetreten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Endotheliom handelte. Präparate wurden zwecks weiterer Prüfung der Geschwulstcommission übergeben.

Scanes Spicer: Präparate von Epitheliom des weichen Gaumens.

Pat. ist ein 84jähriger Mann. Drei Monate nach der Operation Recidiv an der seitlichen Rachenwand.

Furniss Potter: Infiltration der linken Aryknorpelgegend.

62jähriger Mann, der früher Syphilis gehabt hat. Infolge plötzlicher Zunahme der Infiltration trat Dyspnoe ein, sodass die Tracheotomie gemacht werden musste. Die Infiltration ging danach schnell auf ihr ursprüngliches Maass zurück. P. nimmt an, dass es sich um ein acutes Oedem der infiltrirten Region gehandelt habe. Die Jodkalibehandlung hatte auf das Leiden selbst keinen Einfluss und wurde nach dem Erscheinen des Oedems ausgesetzt.

Tilley: Diffuser Lupus der Nase, des Gaumensegels, des Pharynx und der Epiglottis.

Thomson macht auf die grossen Vorzüge aufmerksam, die in diesen Fällen die Galvanocaustik hat.

Sir Felix Semon hat ebenfalls von der Galvanocaustik in diesen Fällen gute Erfolge gesehen. Jedoch erfordert die Behandlung viel Geduld, weil oft, wenn man schon glaubt mit ihr zu Ende zu sein, wieder Recidive auftreten.

Davis: Partielle Lähmung des Gaumensegels; Lähmung des linken Stimmbandes.

Pat. klagt über Kopfschmerzen, Regurgitationen von Flüssigkeiten durch die Nase, zeigt allgemeine Schwäche, Atrophie der Muskeln des rechten Armes. Das linke Stimmband steht unbeweglich in Medianstellung. D. glaubt an eine specifische Affection.

Hall, Grant, Davis sprechen über die Diagnose.

Donelan: Gaumentumor bei einer 34jährigen Frau.

Der Tumor wurde zuerst vor 14 Monaten gesehen, er nimmt jetzt den grössten Theil der rechten Hälfte des Gaumensegels ein und ist auch auf den harten Gaumen übergegangen.

Paget glaubt, dass der Tumor sich histologisch als eine Mischform erweisen wird, analog den Mischgeschwülsten der Parotis. Der Tumor ist wahrscheinlich eingekapselt und wird sich leicht ausschälen lassen.

Discussion: Thorne, Grant, De Santi.

De Santi: Lähmung des linken Stimmbandes.

Der 67jährige Pat. klagt über Schluckbeschwerden und ist erheblich abgemagert. Die Durchstrahlung mit Röntgenstrahlen zeigte eine Erweiterung des Aortenbogens.

Derselbe: Beiderseitiges Haematom der Nasenscheidewand. Folge von Trauma bei einem 6jährigen Kind.

Bennett: Ein retropharyngealer Tumor.

19jähriger Pat. mit zunehmender Nasenverstopfung. Die hintere Pharynxwand, besonders rechts, vorgewölbt. Probepunction ergab etwas Eiter. Es wurde eine Incision gemacht, nach der allmälig die Schwellung abnahm. Später fand sich bei der Laryngoskopie im Niveau des Larynx eine erhebliche Schwellung des Pharynx. Es handelt sich wahrscheinlich um tuberkulöse Drüsenschwellungen.

Discussion: Grant, Tilley, Sir Felix Semon, Powell.

E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Der Allgemeinen Wiener medicinischen Zeitung entnehmen wir mit grossem Bedauern die Nachricht von dem am 8. April erfolgten Ableben des Dr. Eduard Ronsburger, Secretärs der Wiener Laryngologischen Gesellschaft.

Dem Herausgeber des Centralblatts ist das Comthurkreuz des Spanischen Ordens Isabella's der Katholischen verliehen worden.

Die Laryngologie und der Internationale medicinische Congress zu Lissabon.

Unsere französischen Specialcollegen haben, wie aus nachfolgendem Auszug des Sitzungsberichtes der „Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris“ hervorgeht, nicht viel Zeit damit verloren, die bei Gelegenheit des Garcia-Jubiläums unofficiell ausgedrückten Ansichten ihrer Vertreter in die Form eines officiellen Beschlusses zu kleiden:

Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Séance du 7 avril 1905.

Présidence du Dr. Furet, Président.

Présents: MM. F. Furet, Ménière, Mounier, Weismann, Le Maréltadour, Courtade, Georges Lawrens, Gellé fils, A. Castex-Didsbury, Saint Hilaire, Cauzard, Fournié.

Extrait du Procès-verbal.

M. Mahu fait part à la Société des discusssions qui ont eu lieu à Londres au sujet du Congrès International de Lisbonne d'avril 1906, à la réunion tenue chez Sir Felix Semon le 18 mars 1905, sous la présidence du professeur B. Fraenkel (de Berlin), ainsi que des résolutions qui y furent prises.

En conséquence, une discussion s'engagea à la Société, discussion à laquelle

prirent part une partie des membres présents et en particulier MM. Gellé, E. Ménière, Saint Hilaire et Furet.

Le vote qui suivit cette discussion fut le suivant: à l'unanimité des membres présents fut décidé le maintien d'une section unique pour l'Otologie, la Laryngologie et la Rhinologie, sans sous-section.

Le Secrétaire des Séances, signé: Dr. G. Didsbury.

Le Président: Dr. F. Furet.

Pour copie conforme: Le Président F. Furet.

Deutsche laryngologische Gesellschaft.

Vor-Einladung.

Sehr geehrter Herr Collegel

Die Zeit ist gekommen, wo es einigen Führern der Rhino-Laryngologie als dringende Nothwendigkeit erscheint — sowohl aus wissenschaftlichen und socialen Gründen, als auch ganz besonders in der Absicht, der Laryngologie volle Selbstständigkeit als Specialwissenschaft, besonders auch an den Universitäten und grossen Krankenhäusern zu erringen — die deutschen Laryngologen zu einer allgemeinen, über das ganze deutsche Reich, nebst Schweiz und Deutsch-Oesterreich sich erstreckenden

Deutschen Laryngologischen Gesellschaft

zu vereinigen.

Diese Vereinigung, welche alle zwei Jahre mit wechselndem Congressort tagen wird, soll die bisher bestehenden laryngologischen Gesellschaften in keiner Weise aufheben noch in ihrem Wirkungskreis einengen. Die Vertreter der bisher bestehenden vier laryngologischen Gesellschaften (nämlich der Vereine süddeutscher Laryngologen und westdeutscher Hals- und Ohrenärzte, sowie der Berliner laryngologischen und der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft) sind einer Einladung von Excellenz Moritz Schmidt folgend am 7. August 1904 in Frankfurt a. M. zusammengetreten und haben persönlich, nicht im Namen der Gesellschaften, mit Zugrundelegung des weiter unten angeführten Satzungenvorschlags die Gründung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft beschlossen.

Da der Verein süddeutscher Laryngologen am zweiten Pfingstfeiertag zu Heidelberg seinen üblichen Congress abhält, soll ausnahmsweise zur grösseren Bequemlichkeit der Theilnehmer und nur dieses Mal die

erste Tagung der deutschen laryngologischen Gesellschaft zu Heidelberg

am 13. Juni 1905, also am dritten Pfingstfeiertag, Vormittags 8½ Uhr, in der medicinischen Universitätsklinik stattfinden.

Sie werden hierdurch höflichst ersucht ,Ihre Beitrittserklärung an den ersten Schriftführer Avellis-Frankfurt a. M., Bockenheimer Anlage 48, möglichst bald gelangen zu lassen, auch wenn Sie diesmal am persönlichen Erscheinen verhindert sein sollten. Der Beitrag beträgt 3 Mark. Zugleich ergeht an Sie die Bitte etwa beabsichtigte Demonstrationen oder Vorträge bei dem Schriftführer baldigst anzumelden.

Herr B. Fränkel wird sprechen über „die Zukunft der Laryngologie".

Am 11. Juni, Nachmittags 7 Uhr, ist im Grand-Hotel zu Heidelberg eine Sitzung des vorläufigen Vorstandes eingesetzt.

Der vorläufige Vorstand der Gesellschaft ist bis zur Genehmigung durch die erste Versammlung aus folgenden Herren zusammengesetzt:

Wirkl. Geh. Rath Professor Dr. Moritz Schmidt, Frankfurt a. M., 1. Vorsitzender.

Geh. Med.-Rath Professor Dr. Bernhard Fränkel, Berlin, 2. Vorsitzender.
Professor Dr. Jurasz, Heidelberg, Localvorstand.
Dr. Georg Avellis, Frankfurt a. M., 1. Schriftführer.
Professor Dr. Paul Heymann, Berlin, 2. Schriftführer.
Dr. Neumayer, München, Kassirer.
Professor Dr. Rosenberg, Berlin
Dr. Kuttner; Berlin
Dr. Hansberg, Dortmund
Dr. Roepke, Solingen
Dr. Mader, München
Dr. Winkler, Bremen
} Beisitzer.

Congress des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Vor-Einladung.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertag, den 12. Juni, findet in

Heidelberg

in der üblichen Weise der XII. Congress südd. Laryngologen statt. Das definitive Programm wird Mitte Mai verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, sich an unserer Tagung persönlich zu betheiligen und etwa beabsichtigte bisher nicht publicirte Vorträge und Demonstrationen bis zum 1. Mai beim Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch die Neuanmeldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Georg Avellis, Frankfurt a. M, Vorsitzender.

Felix Blumenfeld, Wiesbaden. Luisenstrasse 22, Schriftführer.

Bis jetzt haben schon Vorträge angemeldet:

1. Herr Seifert, Würzburg: „Nachbehandlung der Adenotomie."
2. Herr Killian, Freiburg: Thema vorbehalten.
3. Herr Sänger, Magdeburg: „Asthmatherapie."
3. Herr Schröder, Cassel: „Einfluss der Kieferdehnung auf das Naseninnere."
5. Herr Winckler, Bremen: a) „Laryngofissur nach Semon's Vorschriften." b) „Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Larynxtuberculose mit Röntgenstrahlen."
6. Avellis, Frankfurt a. M.: Röntgenaufnahmen bei bösartigen Nebenhöhlentumoren. (Demonstration.)

Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

Monsieur et très honoré confrère!

La Réunion annuelle de la Société aura lieu à Liége, les

17 et 16 juin 1905.

Si vous avez l'intention d'y faire des communications, des démonstrations,

de présenter des malades, des pièces anatomo-pathologiques ou des préparations microscopiques, veuillez avoir l'obligeance d'en avertir le Secrétaire, avant le 15 mai prochain.

Nous vous rappelons que les sujets mis à l'ordre du jour et faisant l'objet de rapports sont:

1⁰ Le Diagnostic des labyrinthites: rapporteur, M. Hennebert;
2⁰ La cure chirurgicale du cancer du larynx: rapporteur, M. Cheval;
3⁰ Les complications endo-craniennes des sinusites de la face: rapporteur, M. Delsaux.

Recevez, Monsieur et très honoré confrère, nos salutations cordiales.

Le Secrétaire,
Dr. C. Hennebert,
9 rue d'Egmont, Bruxelles.

Le Président,
Dr. V. Delsaux.

American Laryngological Association.

Dear Doctor:

The Twenty-seventh Annual Congress of the American Laryngological Association will be held at the Hotel Chelsea, Atlantic City, N. J., under the Presidency of Dr. Clarence C. Rice, on Thursday, Friday and Saturday, June 1st, 2nd and 3rd, 1905. The same arrangements will be made with the Hotel as last year.

Fellows intending to present papers must forward the titles of the same to the Secretary not later than April 25th. One copy must by ready to hand to him at time of reading. An early knowledge of titles is necessary in order to properly arrange the programme.

The following provisional programme has been arranged:

Thursday, June 1st, 10 A. M.—Opening of the Congress; President's Address; Papers and Discussions; Executive Session.

3 P. M.—Papers and Discussions.

In the evening the Congress will be entertained by the President. Further particulars will be announced later.

Friday, June 2nd, 10 A. M.—Executive Session; Papers and Discussions.

3 P. M.— Papers and Discussions.

In the evening the Annual Dinner of the Association will be held at the Hotel. Tickets, five dollars. Please sign and return inclosed card at your earliest convenience.

Saturday, June 3rd, 10 A. M.—Closing Session; Papers and Discussions; Executive Session; Election of Officers; Unfinished Business; Adjournment.

The official programm will be issued about May 15th.

Very truly yours,

James E. Newcomb, M. D.,
Secretary.
118 West 69th Street. New York.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, Juni. 1905. No. 6.

I. Internationale laryngologische Zusammenkünfte.

Die Frage nach der Gestaltung zukünftiger laryngologischer Zusammenkünfte spitzt sich immer mehr zu. Das Organisationscomité des Lissaboner Congresses, das bereits vor Monaten in seinem officiellen Blatte angekündigt hatte, dass den Laryngologen die ihnen gebührende Antwort auf ihre Beschwerden zutheil werden würde, hat sich seither völligen Schweigens beflissen. Es scheint demnach auf seinem Beschlusse: der Laryngologie und der Otologie gemeinsam eine Subsection zuweisen zu wollen, zunächst noch zu beharren. — Von den Beschlüssen der Londoner und der Pariser Laryngologischen Gesellschaft dieser Haltung gegenüber haben wir unseren Lesern bereits Kenntniss gegeben. — Soeben geht uns folgendes Schreiben des Generalsecretärs der Société française d'otologie et de laryngologie, Dr. Joal, zu:

Paris, le 12. Mai 1905.

Très honoré confrère!

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que sur la demande de MM[rs] Lermoyez, Molinié, Moure et Texier, la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans sa séance du 8 Mai 1905 à mis en discussion; la question suivante, à propos du Congrès international de Lisbonne.

Doit-on accepter que l'otologie et la laryngologie soient classées dans une seule section ou faut-il, comme cela a été fait précédement, obtenir deux sections distinctes l'une pour l'otologie, l'autre pour laryngologie?

Les votes ont été répartis de la façon suivante cinquante cinq votants.

Une seule section, sans sous-section	45 voix,
Une seule section, avec sous-section facultative	4 voix,
Deux sections distinctes	1 voix,
Bulletins blancs	5 voix,
	55 voix.

Je suis, très honoré confrère votre bien devoué

Dr. Joal.



Inzwischen ist der Laryngologie in ihrem Kampfe für ihre Unabhängigkeit ein mächtiger Bundesgenosse in der Person Wilhelm Waldeyer's erwachsen, der in einem hochinteressanten Artikel über „Nationale und Internationale Medicinercongresse" in der „Berliner klinischen Wochenschrift" vom 8. Mai 1905, den wir der Beachtung aller unserer Leser angelegentlichst empfehlen, sich über die Frage der Sectionen, und speciell der laryngologischen Sectionen, folgendermaassen ausdrückt:

„Ich komme nun zu den Sectionen. Was die Räumlichkeiten für dieselben anlangt, so ist nur zu wünschen, dass diejenigen für verwandte Sectionen möglichst nahe zusammenliegen; das ist übrigens bis jetzt auch bei allen denjenigen internationalen Congressen, denen ich beiwohnen konnte, der Fall gewesen. Im Uebrigen kommt es nicht so sehr darauf an, ob diese Sectionslocalitäten alle in einer und derselben Stadtgegend sich befinden; sie können weiter zerstreut sein, wenn sie sonst den Bedürfnissen entsprechen: Grösse, gutes Licht, Vorrichtungen zu etwaigen Demonstrationen, passende Verbindungen und dergleichen."

„Eine der wichtigsten Fragen ist die nach der Abgrenzung der Sectionen: wie viele und welche Sectionen soll man vorsehen? Die Erfahrung fast jedes Mediciner-Congresses hat gelehrt, dass darüber schwer eine Einigung zu erzielen ist. Der Grund davon ist leicht erkenntlich: es ist die Auftheilung der gesammten Medicin in einzelne Specialdisciplinen, von der keine zur Rolle des Poeten verurtheilt werden möchte: die Medicin ist nun einmal ein irdisch Ding! So haben sich dann mitunter höchst unerquickliche Verhandlungen abgespielt, wenn die Congressleiter versuchten, einzelne Sectionen verwandter Art zusammenzuschweissen. Mitunter ist das nach Eröffnung des Congresses von selbst geschehen, wenn einzelne verwandte Fächer zu wenig Theilnehmer aufwiesen, so bei der anatomischen und bei der physiologischen Section und bei anderen. Je mehr Sectionen, desto mehr Arbeit für die Congressleitung, schon die Unterbringung derselben macht oft nicht geringe Schwierigkeiten; indessen dürfte sich darin manches erleichtern lassen, wenn man, wo es irgend möglich ist, verwandte Sectionen in demselben Raume unmittelbar nacheinander tagen liesse."

„Ich bin früher Anhänger einer möglichst grossen Verminderung der Zahl der Sectionen gewesen, bin aber davon nach manchen Erfahrungen auf früheren Congressen und durch Besprechungen mit Collegen verschiedenster Specialitäten zurückgekommen. Den häufig angeführten Grund, dass die Einzeldisciplinen um ihre öffentliche Anerkennung durch Schaffung einer eigenen Section bei den grossen Congressen erfolgreich wirken würden, mag man gelten lassen. Wichtiger scheint mir aber die Erwägung, dass es vor allem darauf ankommt, den Sectionsvorträgen zufriedengestellte Vortragende und aufmerksame Hörer, sowie die Möglichkeit einer eingehenden Discussion zu verschaffen. Wer öfters Sectionsverhandlungen bei grossen Congressen beigewohnt hat, wird wissen, dass die knappe Beschränkung der Vorträge auf die üblichen 20—15, ja 10 Minuten und dann das Hinwegschlüpfen über jede ernste Discussion, welches

namentlich in den letzten Tagen, an welchen man erkennt, dass man kaum mit dem Jahr auf Jahr mehr anschwellenden Stoffe fertig werden wird, hervortritt, ein unvermeidliches und gefährliches Uebel geworden ist. Manche sagen: Man bekommt ja doch alles gedruckt! Da könnte man dann gleich hinzufügen — um es nicht zu lesen! Vieles hat nach der langen Zeit, die zwischen Druck und Vortrag vergeht, an actueller Bedeutung verloren, inzwischen ist schon soviel Neues auf den Markt gebracht und vollends, Discussionen wirken wohl, wenn sie ex viva voce gehört, nicht aber, wenn sie uns in Lettern vorgeführt werden. Und das schlimmste ist das lähmende Gefühl, welches auf der ganzen Versammlung zu lasten beginnt, sobald man das Hasten und Jagen verspürt, um nur zu Ende zu kommen. Hierzu kann durch Auflösung in kleinere Sectionen wirksame Abhülfe geschaffen werden."

„Bei den umfassenden Disciplinen der Inneren Medicin, der Chirurgie und der Geburtshülfe wird man freilich auf dieses Mittel verzichten müssen; aber man sollte es, wo es angeht, nicht bei Seite schieben. Um an ein bestimmtes Beispiel anzuknüpfen, wähle ich die Bildung der Sectionen für Laryngologie, Rhinologie und Otiatrie, welche ja auch für Lissabon schon zu Zwiespaltigkeiten geführt hat. Diese drei Disciplinen haben sich in neuerer Zeit in beispiellos rascher Weise entwickelt. Die Frage ist, soll für jede dieser Disciplinen eine eigene Section geschaffen werden oder nicht? Sollen dann alle drei zusammengespannt werden oder soll man die Rhinologie mit der Otriatie oder mit der Laryngologie, oder diese mit der Otiatrie verknüpfen, um wenigstens eine Section zu sparen? Vor allem wehren sich die Laryngologen, mit den übrigen verschmolzen zu werden. Mit den Rhinologen möchten sie noch gehen, aber nicht im Schlepptau der Otiatriker. Sie beanspruchen als wichtige Sonderdisciplin — und wer wollte das leugnen? — eine Anerkennung durch eine selbstständige Stellung auf dem Congresse. Obwohl ich, wie gesagt, einer solchen Congress-Anerkennung nicht den hohen Werth beilegen kann, den die Laryngologen ihr zumessen, so bin ich durchaus der Meinung, dass man ihnen nachgeben sollte. Die Laryngologen können sehr wohl für sich eine Section ausfüllen, an Vorträgen wird es nicht mangeln, und es wird dann reichlich Zeit für eine fruchtbringende Discussion bleiben. Zur Otiatrie hat die Laryngologie keine natürlichen Beziehungen; es werden weder laryngologische Vorträge bei den anwesenden Otiatrikern, noch umgekehrt otiatrische bei den Laryngologen besonderes Interesse erwecken. Freilich die Rhinologie hat nahe Beziehungen sowohl zur Otiatrie, wie zur Laryngologie und dasselbe gilt vom Pharynx und dessen Nosologie. Wie man nun da theilen oder vereinigen soll, ist schwer zu sagen. Ich würde vorschlagen, drei Sectionen vorzusehen und es dann den Rhinologen zu überlassen, ob sie allein tagen wollen, oder sich entweder mit den Ohrenärzten oder den Kehlkopfärzten verbinden. Widerwilliges Zusammenbringen ist niemals räthlich; sorge man, so lautet mein Rath, zunächst dafür, dass jede Section, für die sich Anmeldungen finden und die beantragt wird, getrennt tagen kann; sobald die Verhandlungen beginnen, wird man sich, falls ein reelles Bedürfniss sich herausstellt, schon von selbst vereinigen."

Wie man sieht, stellt sich Waldeyer auf die Seite derjenigen Laryngologen, die sich nicht von den Otologen „ins Schlepptau nehmen“ lassen wollen. Der Vorschlag, den er selbst macht: drei unabhängige selbstständige Sectionen, eine für Laryngologie, eine für Rhinologie, eine für Otologie zu errichten, und es den Rhinologen zu überlassen, ob sie für sich allein tagen, oder sich entweder mit den Ohrenärzten oder mit den Kehlkopfärzten verbinden wollen, — ist freilich sehr überraschend und geeignet, die schon an sich sehr verzwickte Sachlage noch weiter zu compliciren. Man überlege sich nur einmal, wie die ganze Frage gegenwärtig steht! —

Da haben wir zunächst die Situation, die das Lissaboner Organisationscomité uns aufzwängen will: eine Subsection für Laryngologie und Otologie combinirt. Nun, an die Annahme dieser Stellung ist nicht zu denken. Wir sind überzeugt davon, dass wenn das Comité bei seinem Beschlusse beharren sollte, nicht ein einziger Kehlkopf- oder Ohrenarzt von Ruf in dieser Subsection erscheinen und dass die betreffende Abtheilung, wenn sie überhaupt zustande käme, ein klägliches Fiasco machen würde.

Angenommen aber, dass das Comité halsstarrig bleibt, so stehen wir sofort vor der Frage: was nun thun? Und selbst in dem viel wahrscheinlicheren Falle, dass das Comité nachgiebt, ist die Schwierigkeit nicht gelöst. Denn in beiden Fällen kommen wir — wie dies aus den Resolutionen der beiden französischen Gesellschaften klar hervorgeht — sofort zu unseren eigenen inneren Spaltungen.

Nehmen wir einmal an, dass das Comité bei seinem Beschlusse bleibt. Wie die Einmüthigkeit der in meinem Hause am 18. März stattgehabten informellen internationalen Versammlung gezeigt hat, gehen wir dann alle nicht nach Lissabon, sondern gründen — — was? — Einen internationalen laryngologischen Congress? —

Zu einem solchen wären die Deutschen, die Engländer, die Oesterreicher, die Ungarn und die Amerikaner wahrscheinlich leicht genug zu bewegen. Aber die Franzosen, die Belgier, die Holländer, die Italiener, die Spanier sind durchaus für die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie. Ich kann nicht besser thun, als hier das Flugblatt abdrucken, das den Mitgliedern der Société française d'otologie et de laryngologie vor ihrer am 8. Mai abgehaltenen Jahresversammlung von ihrem Vorstand zugesandt worden ist und auf welches sie, wie der oben abgedruckte Brief Dr. Joal's zeigt, in so unzweideutiger Weise geantwortet haben:

Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.

Note adressée à MM. les Membres fondateurs et titulaires par les soins du Bureau, à propos du Congrès de Lisbonne.

Le samedi 18 mars 1905, Sir Felix Semon a réuni dans sa splendide habitation de la Wimpole Street les principaux laryngologistes étrangers venus à Londres à l'occasion des fêtes du centenaire de Garcia.

Le but de cette réunion était de s'entendre au sujet de l'attitude à prendre vis-à-vis du Comité d'organisation du Congrès international de Lisbonne (avril 1906).

Dans une première répartition des sections médicales, ce Comité avait réuni dans une même section la laryngologie, la rhinologie, l'otologie et la stomatologie. Il y eut alors une protestation unanime de la part des laryngologistes anglais, et la Société laryngologique de Londres, offensée de cette situation, considéra comme un précédent extrêmement fâcheux l'association de ces spécialités si dissemblables.

Le Comité de Lisbonne reconnut son erreur et sépara la stomatologie d'une part, et l'oto-rhino-laryngologie d'autre part. De celle-ci, il fait une sous-section unique.

C'est pour protester contre cette très imparfaite satisfaction donnée à la laryngologie que Sir Felix Semon avait convoqué ses collègues.

Une séance véritablement internationale fut tenue sous la présidence du professeur B. Fraenkel, de Berlin. MM. Moure, Mahu, Molinié, Texier et Lermoyez y représentaient la France.

Trois projets de résolution furent proposés à cette réunion.

Tout d'abord, on lui demanda de protester contre l'attribution d'une simple sous-section à l'oto-rhino-laryngologie, alors que l'urologie était classée dans une section. Ce premier point réunit l'unanimité des suffrages.

On mit ensuite en discussion la question suivante: Doit-on accepter que l'otologie et la laryngologie soient classées dans une seule section ou faut-il, comme cela a été fait dans les précédents Congrès internationaux, obtenir deux sections distinctes, l'une pour l'otologie, l'autre pour la laryngologie? La rhinologie pourrait alors être attribuée à la fois à ces deux sous-sections?

Sur ce second point, la discussion fut longue et l'accord ne put se faire, tout au moins provisoirement.

En faveur de la séparation absolue de l'otologie et de la laryngologie, plaidèrent chaudement les représentants de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Autriche. Ils firent valoir que, dans leur pays, les maîtres les plus autorisés pratiquent exclusivement l'une de ces deux spécialités, et qu'on ne pouvait songer à les obliger à se grouper ensemble; que d'ailleurs, dans les précédents Congrès, les communications ont toujours été si nombreuses qu'à peine a suffi à les produire la totalité des séances réservées aux deux sections, et qu'en réunissant celles-ci en une seule, on eût certainement manqué de la moitié du temps nécessaire pour les entendre.

Les représentants de la France, de la Belgique, de la Hollande et de l'Italie, sans contester la valeur de ces arguments, laissèrent entendre qu'on pourrait cependant leur opposer des objections non moins rationnelles. Ils mirent en avant que, dans leur pays, les spécialistes pratiquent actuellement presque tous à la fois l'otologie et la laryngologie: que les journaux spéciaux qui s'y publient ont tous trait à ces deux sciences; que les Sociétés française, parisienne, belge, néerlandaise et italienne sont oto-laryngologiques à la fois; et qu'il semble tout à fait rationnel de suivre cette même indication dans les Congrès internationaux. En attribuant deux sous-sections distinctes à l'otologie et à la laryngologie, on met les oto-laryngologistes dans l'impossibilité matérielle d'entendre toutes les communications qui les intéressent, puisque celles-ci

ont lieu simultanément dans deux locaux séparés. Ils firent enfin très justement remarquer que le nombre des otologistes et des laryngologistes purs va sans cesse en diminuant, même en Allemagne, et que l'otologie et la laryngologie, jadis séparées, tendent actuellement à une fusion inévitable et logique, grâce au trait d'union que leur offre la rhinologie. Rien de définitif ne put donc être décidé au sujet de la réunion ou de la séparation de l'otologie et de la laryngologie au prochain Congrès international des Lisbonne. Mais on s'accorda sur la nécessité de porter la question devant les diverses Sociétés d'otologie et de laryngologie, de leur exposer impartialement le pour et le contre; de leur demander leur avis officiel. Et le résultat de cette importante consultation internationale indiquerait au Comité exécutif de Lisbonne, dans quel sens doit être résolue la question de la réunion ou de la séparation de l'otologie et de la laryngologie.

Wenn nach dieser Schilderung der Sachlage 45 von 55 Abstimmenden sich für die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie ausgesprochen haben, so zeigt dies gewiss klar genug, wie man in Frankreich über die Frage denkt.

Ferner ist mit grosser Wahrscheinlichkeit voraus zu sagen, dass selbst, falls die Lissaboner Autoritäten nach den bereits erfolgten und angesichts der mit Sicherheit zu erwartenden weiteren Resolutionen laryngologischer Gesellschaften ihren Beschluss ändern und von einer combinirten Subsection Abstand nehmen würden, die einzige Aenderung, die sie vornehmen werden, darin bestehen wird, dass sie wohl der combinirten Abtheilung die Stellung einer vollen Section zuerkennen, gleichzeitig aber mit Berufung auf die Uneinigkeit unter den Angehörigen beider Fächer und auf die französischen Beschlüsse es bei der Combination belassen werden.

Was dann?

Dann hätten wir eine combinirte oto-laryngologische Section bei den internationalen medicinischen Congressen und ausserdem einen unabhängigen internationalen otologischen Congress. Es ist wahrscheinlich, dass die Otologen, die ja schon seit längerer Zeit den Schwerpunkt ihrer Zusammenkünfte in letzteren verlegt haben, es nicht für der Mühe werth finden werden, gegen einen solchen Beschluss Einspruch zu erheben. Die Laryngologen aber wären der Hälfte ihrer Arbeitszeit bei den grossen internationalen Congressen beraubt, ohne die Compensation zu besitzen, welche die Otologen in Gestalt ihrer Specialcongresse zu ihrer Verfügung haben.

Und falls die Lissaboner Herren bei ihrem Beschlusse beharren, was dann?

Sollen wir einen unabhängigen internationalen laryngologischen Congress begründen, oder sollen wir bei dem internationalen otologischen Congress eine Aenderung seines Charakters und Amalgamation mit der Laryngologie beantragen?

Und im ersteren Falle: was wird aus der Rhinologie? — Soll der Waldeyer'sche Gedanke eventueller völliger Unabhängigkeit der Rhinologie verwirklicht werden?

Ich habe die Sachlage in die Form von Fragen eingekleidet, weil ich bei der augenscheinlich bevorstehenden Krisis in der Entwicklung unserer Specialität **jeden**

einzigen Laryngologen zum ernstesten Nachdenken über die ganze Angelegenheit anzuregen wünsche.

Persönlich stehe ich nicht an zu bekennen, dass ich die Entwicklung, welche die ganze Frage in letzter Zeit genommen hat, lebhaft bedauere. Seitdem die Laryngologie zu einer unabhängigen Stellung bei den internationalen Congressen gelangt ist, hat sie — falsche Bescheidenheit bei Seite gesetzt — Treffliches und der Gesammtmedicin zu Gute Kommendes bei diesen Gelegenheiten geleistet und wenn man überhaupt etwas an der bisherigen Sachlage aussetzen will, so ist es, dass die zu Gebote stehende Zeit fast niemals ausgereicht hat, um alles vorgebrachte Material gründlich zu erledigen. Wie lange dieser befriedigende Stand der Dinge angehalten haben würde, wenn nicht das Lissaboner Organisationscomité — der Gesammtwissenschaft damit wahrlich keinen guten Dienst leistend — den Erisapfel unter uns geworfen hätte, darüber ist es bei der Entwicklung, welche die Dinge jetzt leider nehmen, müssig zu speculiren. Ich habe mich, wie meine früheren Artikel über diese Frage in diesem Blatte zeigen, seit längerer Zeit nicht der Einsicht verschlossen, dass die aus vorwiegend äusserlichen Motiven in der Praxis angebahnte Verschmelzung der Laryngologie und Otologie schliesslich auch zu einer Vereinigung beider Specialitäten zu einer einzigen Section bei den internationalen Congressen führen dürfte. Aber die Entwicklung der Frage, wie sie jetzt vorgeht, ist meiner Ueberzeugung nach eine überstürzte und wissenschaftlich bedauerliche. In fast dreissigjähriger ausgedehnter rhino-laryngologischer Praxis, bei regelmässigem Besuch der Sitzungen einer grossen laryngologischen Specialgesellschaft seit zwölf Jahren hat mir die innerliche, wissenschaftliche Nothwendigkeit einer Verschmelzung der laryngologischen mit der otiatrischen Specialität nie eingeleuchtet. Was ich klar sehe, ist nur, dass bei den an sich seltenen allgemeinen internationalen Congressen, und der von ihnen gebotenen Gelegenheiten internationaler Aussprache unter den Laryngologen, bei denen schon bisher die Zeit nicht ausgereicht hat, diese Zeit noch weiter um ihre volle Hälfte beschränkt werden soll, und dass die Laryngologie an die Wand gedrückt wird, während den Otologen — wie dies immer wieder betont werden muss — die Gelegenheit zu häufigerer Zusammenkunft in Gestalt ihrer otologischen Specialcongresse gewahrt bleibt. Das ist die Sachlage in nuce!

Falls nicht noch in letzter Stunde in Lissabon weisere Beschlüsse die Oberhand gewinnen, werden die Laryngologen zu dem jetzt vorliegenden Dilemma Stellung nehmen müssen. Soweit ich die Sachlage zu übersehen vermag, haben wir mit folgenden Möglichkeiten zu rechnen:

1. Das Lissaboner Comité bleibt bei seinem gegenwärtigen Beschlusse, d. h. einer gemeinsamen Subsection für Laryngologie und Otologie.

2. Es ändert diesen Beschluss im Einklang mit den Wünschen der Londoner laryngologischen Gesellschaft dahin, dass sowohl der Laryngologie wie der Otologie je eine volle Section eingeräumt wird. (Es ist kaum wahrscheinlich, dass der Vorschlag Prof. Waldeyer's, auch der Rhinologie eine unabhängige Section zu bewilligen, in Erfüllung gehen wird).

3. Es modificirt seinen Beschluss im Einklang mit den Wünschen der französischen Gesellschaften dahin, dass es die projectirte combinirte Subsection für

Laryngologie und Otologie zum Range einer vollen Section erhebt, es aber bei der Combination belässt.

Die für die Interessen der Laryngologie bei weitem befriedigendste Lösung der Frage wäre natürlich durch die Adoption der zweitgenannten Möglichkeit geboten. Wenn man nur die Sache so lassen wollte, wie sie sich bei den bisherigen internationalen Congressen wissenschaftlich trefflich bewährt hat, d.h. jeder der beiden Specialitäten den Rang einer vollen Section einräumte, so wäre alle begründete Veranlassung zur Unzufriedenheit, alle Nothwendigkeit weiterer Schritte mit einem Schlage beseitigt! — Die technischen Beschwerden, die von Seiten engerer Fachgenossen bei Gelegenheiten der letzten Congresse laut geworden sind, lassen sich bei gutem Willen und bei einigem Organisationstalent leicht genug auf ein Minimum reduciren. Man lasse vor allen Dingen die beiden Sectionen — wie dies in Paris bereits realisirt wurde — in zwei benachbarten Sitzungsräumen tagen, und lasse die Vorstände beider Sectionen die Tagesordnungen gemeinsam in der Weise festsetzen, dass, während rein otologische Fragen von den Otologen, rein laryngologische Fragen von den Laryngologen in ihren respectiven Sectionen discutirt werden, den Angehörigen beider Sectionen Gelegenheit gegeben wird, Fragen, die beide interessiren, gemeinsam zu besprechen — und aller Grund zu berechtigten Klagen wird verschwinden! — Jedenfalls ist diese Lösung, wie ich glaube, eine unvergleichlich billigere und gerechtere, als wenn die Arbeitszeit jeder der beiden Specialitäten auf die Hälfte herabgesetzt und das Interesse eines grossen Theils der Anwesenden dementsprechend für die volle Hälfte der zu Gebote stehenden Zeit brachgelegt wird, nur damit der andere Theil Alles zu geniessen bekommt, was dargeboten wird!

Bleibt das Comité andererseits bei seiner gegenwärtigen Entscheidung, so wird zu erwägen sein, ob man auf internationale specialistische Zusammenkünfte überhaupt verzichten oder eine neue Organisation schaffen will. Und dieselbe Frage tritt an die reinen Laryngologen aus den im Obigen ausgeführten Gründen heran, falls es bei einer Combination der Laryngologie und Otologie bleibt, auch wenn dieselbe vollen Sectionsrang erhält.

Unter beiden letztgenannten Eventualitäten stehen wir dann meines Erachtens vor folgenden vier Möglichkeiten:

1. Unterwerfung unter den etwaigen Beschluss des Lissaboner Comité's, der Laryngologie und Rhinologie eine gemeinsame volle Section zu gewähren und im Anschluss hieran:

2. Verwandlung des periodischen internationalen otologischen Congresses in einen oto-laryngologischen, um auf diese Weise den Verlust der halben Arbeitszeit bei den allgemeinen Congressen zurückgewinnen. (Hierbei wird argumenti causa vorausgesetzt, dass die Otologen einer solchen Umwandlung zustimmen würden, obwohl ich dessen nichts weniger als sicher bin.)

3. Begründung eines unabhängigen periodisch zusammenkommenden, internationalen, laryngo-rhinologischen Congresses.

4. Verzichtleistung auf internationale laryngologische Zusammenkünfte überhaupt.

Für welche dieser Möglichkeiten sich die Collegen entscheiden wollen, das steht nun bei ihnen selbst. Persönlich würde ich, so schwer es mir ankommt, die Laryngologie aus dem Rahmen der allgemeinen internationalen Congresse scheiden zu sehen, der Begründung eines unabhängigen, periodisch zusammenkommenden, internationalen laryngo-rhinologischen Congresses noch am ehesten zustimmen. Denn einerseits halte ich die Rhino-Laryngologie für wahrlich lebensfähig und kräftig genug, um auf eigenen Füssen zu stehen, und andererseits bedeutet die Adoption einer combinirten Section bei den allgemeinen Congressen plus der Verwandlung des otologischen in einen laryngo-otologischen Congress für die reinen Laryngologen und reinen Otologen unzweifelhaft eine Verdoppelung der Missstände einer solchen Combination! —

Aber in diesen Fragen muss die vox populi entscheiden, und es steht nur zu hoffen, dass die leider unzweifelhafte bisherige Theilnahmlosigkeit des grösseren Theiles der Fachgenossen solchen öffentlichen Fragen gegenüber endlich der Einsicht weichen wird, dass diese Fragen, wenn auch nicht heute oder morgen, so doch im weiteren Verlauf von grösster Bedeutung ebenso für die wissenschaftliche Entwickelung unserer Specialität wie für die Stellung der Specialisten selbst sind! —

Bisher haben officiell nur die Engländer und Franzosen zu der Frage Stellung genommen. In wenigen Wochen haben die deutschen Laryngologen die Gelegenheit, die gewichtige Ansicht Deutschlands über diese Frage zu Worte kommen zu lassen. Inmitten des Wirrwarrs, in dem wir uns befinden, wird es bedeutungsvoll sein, was die Berliner, die süddeutsche und die in den Pfingsttagen in Heidelberg zu begründende deutsche laryngologische Gesellschaft zu der ganzen Frage zu sagen haben! — Wir hoffen, dass dieselbe eingehend erwogen und zum Besten der Weiterentwicklung der Laryngologie entschieden werden wird.

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente.

1) **W. E. Sauer. Laryngologie und Otologie. (Laryngology and Otology.)** *Interstate Medical Journal. Januar 1905.*

Eine Uebersicht über die Literatur des letzten Jahres, die sehr gründlich ist und die Publicationen in den wichtigsten Journalen der Welt berücksichtigt.

EMIL MAYER.

2) **Pierre Bonnier. Nasen-, Hals-, Ohrenkrankheiten. (Maladies du nez, du larynx et de l'oreille.)** *Auszug aus der Abhandlung über Hygiene und Pathologie der Säuglinge und Kinder. Paris 1905.*

Ein didactischer Artikel, der mit grosser Gründlichkeit die Krankheiten der oberen Luftwege im Säuglings- und ersten Kindesalter und ihre Beziehungen zur allgemeinen Gesundheit erörtert; es werden die acuten und chronischen, syphiliti-

schen, blennorrhoischen und pseudomembranösen Rhinitiden, die Laryngitiden, die Papillome und die Larynxintubation behandelt. A. CARTAZ.

3) **Notiz des Herausgebers. Entzündungen der Schleimhäute. (Inflammations of the mucous membranes.)** *N. Y. Medical Record. 21. Januar 1905.*

Es wird die Anwendung einer Mischung von Formaldehyd mit 4proc. Glycerin für alle möglichen Schleimhautaffectionen empfohlen. LEFFERTS.

4) **James E. Newcomb. Die Anwendnng von Mucin bei atrophischen Zuständen in Nase und Hals. (The employement of mucin in atrophic conditions of the nose and throat.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1904.*

Die Mucinpräparate werden aus Schleimhäuten von Kalb und Schwein hergestellt. Sie kommen in 2 Formen in den Handel, als „Tabloids", die Mucin und doppeltkohlensaures Natron enthalten, ähnlich wie Pepsintabletten schmecken und vornehmlich für den innerlichen Gebrauch bestimmt sind. Die zweite Form stellt die sogenannten „Solvids" dar, die ausser Mucin und Natronbicarbonat auch noch Menthol enthalten. Sie sind dazu bestimmt, aufgelöst und zur Nasenirrigation benutzt zu werden. Verf. kann sich nicht davon überzeugen, dass das Mucin besser wirkt als andere Mittel, gesteht aber, dass es von grossem Nutzen ist und hat Fälle gesehen, in denen es Patienten, die bei Ichthyolbehandlung keine Fortschritte machten, bei der Mucintherapie wesentlich besser ging. EMIL MAYER.

5) **A. Löwen. Quantitative Untersuchungen über die Gefässwirkung von Suprarenin.** *Arch. f. exper. Pathologie. Bd. XXXXI. 4/6. S. 415.*

Das Suprarenin wurde in Combination mit Cocain, Eucain und Tropacocain geprüft. Nur das Cocain liess die Suprareninwirkung zur vollen Entfaltung kommen, während die beiden anderen Anaesthetica zugleich der Gefässverengerung entgegenwirken. J. KATZENTSEIN.

6) **E. Friedmann. Zur Kenntniss des Adrenalins (Suprarenins).** *Vorl. Mittheil. Hofmeister's Beitr. VI. 1/2. S. 92.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

7) **R. Elliot. On the action of adrenalin.** *Journ. of Physiol. (Proc. Physiol. Soc.). XXXI. 3/4. p. 20.*

Adrenalin stellt den chemischen Reizstoff dar, der bei Reizung sympathischer Nerven in Freiheit gesetzt wird und in Action tritt. J. KATZENSTEIN.

8) **C. Bertrand. Sur la composition chimique et la formule de l'adrenaline.** *Compt. rend. CXXXIV. 12. p. 502 und Bull. Soc. Chim. XXXI—XXXII. No. 20—21.*

In Bestätigung der Angaben von Aldrich, v. Fürth, Jowell, Pauly, Abderhalden, Bergel schreibt Verf. dem Adrenalin die Formel $C_9H_{13}NO_3$ zu.

J. KATZENTSEIN.

9) **H. Meyer. Zur Constitution und Synthese des Suprarenins (Adrenalins).** *Centralbl. f. Physiol. No. 16. S. 501. 1904.*

Verf. hat das Suprarenin oxydirt, es so in Amidoketon umgewandelt. Dieses ist identisch mit einem synthetisch durch Einwirkung von Methylamin auf Chloraceto-Brenzkatechin gewonnenen Aminoketon (Methylaminoaceto-Brenzkatechin). Es hat stark blutdrucksteigernde Wirkung.

J. KATZENSTEIN.

10) **Emmett Welsh. Einige Erfahrungen mit salzsaurem Adrenalin. (Some experiences with Adrenalin Chloride.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Im ersten der hier mitgetheilten Fälle wurde Patient zum Zweck der Entfernung eines Myxofibroms aus dem Mittelohr chloroformirt und von 1—2proc. Adrenalinlösung eine Injection in das Ohr gemacht. Patient starb umgehend. Im zweiten Falle wurde einem 18jährigen Mädchen, das wegen eines Sarkoms des Auges operirt werden sollte, nach Chloformirung eine Adrenalininjection in das Auge gemacht; nach der Operation wurde dieselbe Lösung (1—2 pro Mille) in die Orbita injicirt. Bald darauf sistirte die Athmung, Patientin wurde pulslos, kam aber unter energischen Maassnahmen wieder zu sich.

Verf. scheint aus diesen Fällen den Verdacht herzuleiten, dass die Anwendung des Adrenalin nicht so ungefährlich ist, wie allgemein angenommen wird.

EMIL MAYER.

11) **Edwin Pynchon. Einige verbesserte Instrumente für Nase, Hals, Ohr. (Some improved nose, throat and ear instruments.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Folgende Instrumente hat Verf. modificirt: Ein Tonsillenmesser, eine Schlinge für Tonsillen, ein Haemostat für Tonsillarblutungen, eine Nasenrachencurette, ein besonderes Nasenspeculum.

EMIL MAYER.

12) **Rothenaicher. Universalspritze und Pulverbläser für die Behandlung von Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten.** *Mit 5 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 10. 1904.*

Die Spritze besteht aus einem Gummiballon mit vernickelter Metallröhre und aufgestülptem Gummischlauch, in den die verschiedenen Ansätze hineingesteckt werden. Der Pulverbläser besteht „aus einem Mundstück, 2 Gummischläuchen mit einer Glaskugel verbunden und einem Aufnahmestück für die verschiedenen Ansätze". Das Instrumentarium ist in der Arbeit abgebildet, die Technik eingehend erörtert.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

13) **W. Lubosch. Ueber den Bau und die Entwickelung des Geruchsorgans von Petromyzon.** *Anat. Anz. Ergänzungsh. zum 25. Bd. Verh. d. Anat. Gesellsch. Jena 1904. S. 67.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

14) **O. Sund. Die Entwickelung des Geruchsorgans bei Spinax niger.** *Biol. Centralbl. Bd. 24. No. 20. 1904.*

S. findet es nicht unwahrscheinlich, dass der vorderste Blindsack bei Spinax niger als homolog mit dem Jacobson'schen Organ zu betrachten ist.

J. KATZENSTEIN.

15) **L. Rugani. Der feinere Bau der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Intern. Centralbl. f. Ohrenheilkde. Bd. 2. H. 10. S. 413.*

Sammelreferat.

J. KATZENSTEIN.

16) **B. Washby** (Cambridge). **Abnorme Nasenknochen. (Abnormal nasal bones.)** *Journ. of Anat. u. Physiol. Vol. 38. New Serie. Vol. 18. Part I. p. 49. October 1903.*

Verf. beschreibt den Schädel eines ausgewachsenen Fötus, sowie einen ausgewachsenen Schädel, an denen die Nasenbeine fehlen, ferner einen ausgewachsenen männlichen Schädel mit rudimentären Nasenbeinen, sowie den Schädel eines ausgewachsenen Negers, bei dem die Articulation des Nasenbeins sehr abgeändert war, und zwar dadurch, dass die Nasenbeine eingeschmolzen waren (fused). Sämmtliche Schädel gehören der Sammlung des Cambridge University Museums an.

J. KATZENSTEIN.

17) **F. Massei. Bildungsfehler der Nase und der Nasenhöhlen. (Vizii di congenitura del naso e delle fosse nasali.)** *Arch. Ital. di Laryngologia. Januar 1905.*

Eine bibliographische Uebersicht über die Literatur des Themas.

FINDER.

18) **Falta. Eine wichtige Anomalie des Ductus naso-lacrymalis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1904.*

F. beobachtete einen Fall, bei dem der Thränennasencanal nicht wie normal zwischen Nasenboden und unterer Muschel endigte, sondern in dem Raume, der durch die Nasenscheidewand und die mediale Wand der unteren Nasenmuschel gebildet wurde.

SCHECH.

19) **Georg Cohn** (Königsberg). **Ueber angeborene Choanalatresie.** *Mit 2 Abb. u. 1 Tabelle. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 11. 1904.*

Bericht über einen Fall congenitaler, completer, knöcherner, linksseitiger Choanalatresie und eingehende Besprechung der Aetiologie, Pathologie, pathologischen Anatomie, Therapie und Statistik der einseitigen und doppelseitigen Choanalatresien.

HECHT.

20) **Sessous** (Berlin). **Angeborener knöcherner Choanalverschluss.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration eines Falles in der Berliner otologischen Gesellschaft.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) G. Retzius. **Ueber den Verschluss der Nasenlöcher bei menschlichen Embryonen.** *Anat. Anz. Ergänzungsh. z. 25. Bd. Verh. d. anat. Gesellsch. Jena 1904. S. 43.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

22) F. H. Quix. **Olfactometrische Untersuchungsmethoden.** *Intern. Centralbl. f. Ohrenheilkde. Bd. III. 2. S. 57.*

Sammelreferat. J. KATZENSTEIN.

23) H. Beyer. **Beitrag zur Frage der Parosmie.** *Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. der Sinne. XXXV. 1. S. 50.*

An zwei Fällen von Parosmie nach Influenza wurde festgestellt, dass das oft bezweifelte Vorkommen von echter Parosmie, d. h. Geruchstäuschungen, welche in einer Alteration des Riechorgans selbst begründet sind, eine Realität darstellt.

J. KATZENSTEIN.

24) Beyer (Berlin). **Ueber Parosmie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23 Vereinsbeilage. 1904.*

Nach Influenza trat im ersten Falle subjectiver Geruch von frischem Heu, später ein fauliger und brenzlicher Geruch auf; in einem zweiten Falle ein intensiver Kaffeegeruch, dessen Stärke mit dem Feuchtigkeitsgehalt der Luft stieg. Auf die Einwendung von Levy (Berlin), ob nicht Hysterie vorliege, entgegnet Vortragender, dass diese Diagnose auch erwogen sei. ALBANUS (ZARNIKO).

25) C. Ziem. **Zur Lehre von der Anosmie, Parosmie und Parageusie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1904.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

26) W. Nagel. **Einige Bemerkungen über nasales Schmecken.** *Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorg. Bd. 35. H. 3 u. 4. S. 268.*

Stellt fest, dass durch die Beyer'schen Versuche über nasales Schmecken die Auffassung bestätigt wird, die sich N. über die Schmeckbarkeit von Gasen und Dämpfen gebildet hat. Nimmt auch Stellung gegen Zwaardemaker's Hypothese vom nasalen Schmecken oder gustativen Riechen; wenn man ständig einen Vocal ausspricht und so Choanalverschluss herstellt, so hat man in der Nase bei Chloroformeintritt und Kältegefühl keinen süssen Geschmack. J. KATZENSTEIN.

27) Beyer (Berlin). **Zur Frage des nasalen Schmeckens.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 34. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortrag. leitete Chloroformdämpfe zu beiden Nasenhöhlen von einer Person mit einseitigem Choanalverschluss. Er verstopfte auch beim selben Experiment normalen Personen eine Choane: es wurde stets nur gustativ auf der für den Athemstrom durchgängigen Seite empfunden. Das „nasale Schmecken" soll nach Zwaardemaker in der Regio olfactoria in den von Disse beschriebenen Epithelknospen vor sich gehen. „Da nun Disse Nervenzweige in seinen Epithelknospen nicht gefunden und Zarniko nachgewiesen", dass „jene nur intraepitheliale Drüsen", so schliesst Vortragender hieraus und aus seinen Versuchen „gegen die

Annahme einer gustativen neben einer olfactiven Empfindung in der Regio olfactoria".

ALBANUS (ZARNIKO).

28) **H. Beyer. Nasales Schmecken.** *Zeitschr. f. Psych. u. Physiol d. Sinnesorg. Bd. 35. H. 3 u. 4. S. 260.*

An einem Mädchen mit doppelseitigem Choanalverschluss ergab Prüfung mit dem Kautschukolfactometer Anosmie. Chloroform erzeugte in der Nase ein Gefühl von Brennen und Kälte, an der Uvula und am Rachen erst das Gefühl von Kälte, dann süssen Geschmack. Bei normalen Personen wurde nach Tamponade des Nasenrachenraums dasselbe Resultat erzielt. Verf. erhebt auf Grund dieses Versuches Widerspruch gegen Zwaardemaker's Ansicht, nach der die gustatorische Empfindung in die Disse'sche Epithelknospen verlegt wird. Es giebt demnach nach B. keine gustative neben der olfactiven Empfindung in der Regio olfactoria. Eine Erklärung des Fick'schen Versuches ist durch die Feststellungen von Beyer nicht gegeben.

J. KATZENSTEIN.

29) **M. Bukofzer. Beitrag zur nasogenen Reflexneurose des Trigeminus und über einen Ersatz des diagnostischen Cocainexperiments.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 500.*

Schmerzen der rechten Gesichtshälfte, in Anfällen zur Unerträglichkeit sich steigernd; Schmerzempfindungen im Ohr, herabgesetztes Gehörvermögen, das in Schmerzanfällen eine Verschlechterung erfährt; dabei Kieferklemme, der Mund kann nur wenige Millimeter geöffnet werden. Da am Foramen supraorbitale und in der Fossa canina typische Druckpunkte nachweisbar sind, stellt Verf. die Diagnose auf Trigeminusneuralgie, indem er die Kieferklemme als Krampf im dritten Ast auffasst. Als Ausgangspunkt der Trigeminusreizung betrachtet er eine Spina septi, welche tief unten in der rechten Nasenseite sass, mit ihrer Spitze die untere Muschel nicht berührend, sondern frei in den unteren Nasengang hineinragend. Berührung der Spina mit der Sonde steigerte die Schmerzempfindungen nicht, Betupfen mit Adrenalin (1 : 4000), das Verf. zum Ersatz des Cocainexperiments empfiehlt, führte sofortigen Nachlass des Masseterkrampfs herbei. Nach Entfernung der Spina war der Gesichtsschmerz verschwunden, das Gehör gut, der Mund wird $1^1/_2$—2 fingerbreit geöffnet. Nachdem noch ein kleiner Mandelpfropf entfernt, schwindet auch die letzte Krankheitsempfindung im Halse und der Mund wird ad maximum geöffnet.

F. KLEMPERER.

30) **L. Freund. Ueber das Niesen. Ein kleiner Beitrag zur Photophysiologie.** *Centralbl. f. d. physik. Therapie u. Unfallheilkde. H. 1. 1904.*

Beim Schauen gegen die Sonne, beim Heraustreten aus dem Schatten in die Sonne werden viele Personen von heftigem Niesen befallen. F. untersuchte, welche Bestandtheile des Sonnenlichtes den Niesreflex erzeugen. Rothes und grünes Glas hemmte, vor die Augen gehalten, die Auslösung zum Niesreflex vollständig, während blaues und violettes Glas diese Wirkung nicht zeigten: d. h. die erregende Wirkung des Lichtes bei Anregung und Auslösung des Niesreflexes ist vorzüglich den kurzwelligen Lichtstrahlen (blauviolett) zuzuschreiben. Damit ist zugleich

ein einwandsfreies Experiment für die umstrittene Frage geliefert, dass das Licht auf Nervenendigungen, und zwar hier reflexauslösend wirkt. J. KATZENSTEIN.

31) **W. Weichardt. Zur Kenntniss des Heufieber- und Eklampsieserums.** *Berl. klin.-ther. Wochenschr. No. 1. 15. December 1903. No. 19 u. 20. 1904.*

I. Die Entdeckung des Heufieberantitoxins ist veranlasst durch Analogieschlüsse, die sich ergeben aus dem Parallelismus, der zwischen Eklampsie und Heufieber besteht. Aus zelligen Elementen der Placenta werden durch complementhaltiges actives Serum Toxine frei, die, wie das Thierexperiment ergiebt, schwere Intoxicationserscheinungen hervorzurufen im Stande sind. W. nahm deswegen an, dass auch aus den Pollen, obschon sie wie die Syncytialzellen der Placenta an und für sich nicht toxisch sind, durch complementhaltiges actives Serum auch Toxine frei werden könnten. Diese Anschauung wurde durch folgenden Versuch bestätigt: Bringt man in das eine Auge des für Heufieber Empfänglichen mit physiologischer Kochsalzlösung verriebene Gramineenpollen, in den Conjunctivalsack des anderen Auges Pollen, verrieben mit dem eben entnommenen Serum eines zu wiederholten Malen mit Gramineenpollen injicirten Kaninchens, so pflegt Röthung und Schwellung der Conjunctiva beider Augen einzutreten, ja die Entzündungserscheinungen der mit Antitoxin getränkten Pollen behandelten Auges sind zumeist noch stärker. Bei frisch entnommenem antitoxischen Kaninchenserum kommt demnach die antitoxische Wirkung nicht zur Geltung. Sie kommt aber zur Geltung, wenn das Serum durch Erhitzen auf 56° oder längeres Stehenlassen seiner Complemente beraubt ist.

II. Offener Brief an Dunbar, in dem Weichardt durch Zeugen vor einem Notar die eidesstattliche Versicherung abgeben lässt, dass Weichardt „Herrn Professor Dunbar den Vorschlag machte, Pollensubstanz Kaninchen, Ziegen und anderen Thieren einzuspritzen und so zu versuchen, ein Heufieberserum zu gewinnen". J. KATZENSTEIN.

32) **Notiz des Herausgebers. Heufieber. (Hay fever.)** *Medical Standard. August 1904.*

Man solle sich bemühen, den Circulus vitiosus, von dem die Krankheit abhängt, zu unterbrechen, indem jede Quelle der Irritation beseitigt wird. Das Dunbar'sche Serum zeigt, dass die Möglichkeit einer specifischen Behandlung bestehe; Cocain solle nur sehr mit Vorsicht gebraucht werden. EMIL MAYER.

33) **George B. Wood. Heufieber-Antitoxin. (Hay fever Antitoxin.)** *Therapeutic review. August 1904.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass ein abschliessendes Urtheil über den Werth des Dunbar'schen Serums zur Zeit noch nicht möglich ist.

EMIL MAYER.

34) **W. B. Dunbar. Beobachtungen über Ursache und Behandlung des Heufiebers. (Observations on the cause and treatment of hay fever.)** *St. Louis Medical Review. 17. September 1904.*

Verf. ist auf Grund seiner Untersuehungen zu dem Ergebniss gelangt, dass

es, ätiologisch betrachtet, zwei Arten von Heufieher giebt: die Sommervarietät, die auf Reizung durch Graspollen beruht und die Herbstvarietät, die durch Goldruthe und Ambrosia verursacht wird. Für die letztere Form käme ein Serum in Betracht, das aus Pflanzen bereitet würde, die ätiologisch bei ihr eine Rolle spielen.

EMIL MAYER.

35) **W. W. Bullette. Klinische Erfahrungen mit Prof. Dr. Dunbar's Pellantin bei der Behandlung von Heufieber. (Clinical experiences with Prof. Dr. Dunbar's Pollantin in the treatment of hay-fever.)** *Colorado Medicine. Februar 1905.*

Bei dem Verf. selbst und noch drei anderen Personen traten nach Anwendung des Pulvers schwere Symptome eines Anfalls auf; er folgert daraus, dass in Fällen von Heufieber in der dortigen Gegend — der Nachbarschaft der Rocky Mountains — Pollantin positiv schadet.

EMIL MAYER.

36) **Trétrop. Ueber die Behandlung der Ozaena durch Wiederherstellung der Muscheln vermittelst Paraffins. (Du traitement de l'ozène par la réfection des cornets à la paraffine.)** *Annal. et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Mai 1904.*

T. hat 15 Fälle mit Wiederherstellung der Muscheln durch Paraffin behandelt. Er sieht in der Methode neben anderen Vorzügen ein gutes Mittel zur Behandlung der Ozaena, von der man um so mehr viel erwarten könne, als man sie nicht exclusiv anwendet, sondern combinirt mit den anderen üblichen Methoden, sei es in vorbereitender Weise, sei es als Nachbehandlung.

BAYER.

37) **Jaumenne. Beitrag zur Pathogenie der Ozaena. (Contribution à la pathogénie de l'ozène.)** *Journal méd. de Bruxelles. 1904.*

J. hat im bakteriologischen Institut von Brüssel die äusserst bunte und reiche Flora der Ozaena einer eingehenden bakteriologischen Untersuchung unterworfen und die dabei vorkommenden Bakterienformen genauer festgestellt. Er kommt zu dem Schluss, dass die Ozaena das letzte Stadium einer chronischen, nicht specifischen interstitiellen Rhinitis bilde, charakterisirt durch die Formation fötider Krusten, hervorgerufen durch die reichliche Wucherung verschiedener Mikroorganismen auf einer ihrer immunisirenden Functionen beraubten Schleimhaut.

BAYER.

38) **De Stella. Die endonasalen Paraffininjectionen zur Behandlung der Ozaena. (Les injections endo-nasales de paraffine dans le traitement de l'ozène.)** *La Belgique Méd. No. 11. 1904.*

Der Autor hat Versuche mit endonasalen Paraffininjectionen an 50 Fällen angestellt, worunter 40 Ozaena- und 20 Fälle einfacher atrophischer Rhinitis ohne Ozaena sich befanden. Er kommt dabei zu dem Ergebniss, dass bei ozaenatösen atrophischen Rhinitiden die interstiellen Paraffininjectionen das wirksamste bis zum heutigen Tage aufgefundene Heilmittel darstellen; dass dieses Mittel im Entstehen begriffene Fälle heile und bei schweren inveterirten Fällen, ohne eine vollständige

Heilung herbeizuführen, eine bedeutende Besserung verschaffe, hinreichend, um den Ozaenakranken zu gestatten, die Krankheit ihrer Umgebung zu verbergen.

Bei den einfachen atrophischen Rhinitiden kann die Heilung vermittelst dieser Paraffininjectionen sich vollständig gestalten. Die Zukunft werde lehren, ob diese Resultate sich bewähren.

BAYER.

39) **Tarnowski** (Bernburg-Anhalt). **Ozaena, heilbar durch Behring'sches Serum antidiphthericum.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1904.*

Kurzer Bericht über drei Fälle. 1. Fall: Nach einmaliger Serumeinspritzung Aufhören von Krustenbildung, üblen Geruch, Wiederkehr von Geruchsempfindungen. 2. Fall: Derselbe Erfolg nach zwei Einspritzungen. Im 3. Fall trotz mehrmaliger Einspritzung nur Besserung.

ALBANUS (ZARNIKO).

40) **W. C. Phillips. Untere Muschel; ihre Functionen, Krankheiten und Behandlung. (Inferior turbinates bone; its function, diseases and treatment.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1905.*

Aus den Sätzen, in denen Verf. seine Ausführungen zusammenfasst, sei hervorgehoben, dass er die Galvanokaustik als ein Mittel von zweifelhaftem Erfolg verwirft und einen Schleimhaut und Knochen glatt durchtrennenden schneidenden Eingriff für bei weitem die beste Operationsmethode erklärt. Die beste Nachbehandlung der resultirenden Wunde bestehe darin, dass sie mit einer in 12proc. Lösung von Aluminium aceto-tartaricum mit etwas Adrenalinzusatz getränkten Gaze bedeckt wird.

LEFFERTS.

41) **George B. Mertuliffe. Die Resultate der partiellen Amputation der unteren Muschel. (The results of partial inferior turbinectomy.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Die Abtragung des unteren Randes der Muschel mit der gewöhnlich überhängender hyperplastischen Schleimhaut hat Verf. in der Mehrzahl der Fälle von chronischen hyperplastischer Rhinitis die besten Resultate geliefert. Verf. bedient sich zur Operation der Säge, deren Spitze nach aussen gegen die Tuba Eustachii zu gerichtet sein muss. Für die Nachbehandlung wird Adrenalin und im Fall von Borkenbildung Jod-Glycerinlösung empfohlen.

EMIL MAYER.

42) **Gaëtano Geronzi. Ueber die Technik der Galvanocauterisationen bei Rhinitis hypertrophica. (Sulla tecnica delle cauterizzazioni galvaniche nella rinite ipertrofica.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. Juli 1904.*

Verf. macht seit einiger Zeit die Galvanokaustik der unteren Muschel so, dass er mit dem Spitzbrenner eine auf die Längsaxe der Muschel senkrechte Furche dicht hinter ihrem vorderen Ende zieht. Verf. begründet das damit, dass das Blut in der unteren Muschel in der Richtung von vorn nach hinten fliesst und dass, wenn man das excessiv entwickelte Venennetz dort unterbrechen will, die narbige Barrière besser eine transversale als eine longitudinale ist.

FINDER.



43) **J. L. Goodale. Die Endresultate der Cauterisation der unteren Muschel mit therapeutischen Rathschlägen, die auf den histologischen Befunden beruhen. (The ultimate results of cauterisation of the lower turbinate with therapeutic suggestions based upon histological findings.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 29. December 1904.*

Wenn bezweckt wird, eine schlaffe erweiterte Membran zur Contraction zu bringen, so muss man versuchen, die Submucosa und die tieferen Lagen, wo die Lymph- und Blutgefässe hauptsächlich liegen, zu erreichen und gleichzeitig an der Schleimhaut selbst einen möglichst geringen Grad von Störung hervorzubringen. Dieses Resultat erreicht man am besten durch tiefe lineare Application in möglichst nahe aneinander liegenden Furchen von Chromsäure, Galvanokaustik oder durch submucöse Cauterisation, die das wirksamste Mittel darstellt. Andererseits, wenn wir beabsichtigen, den Grad der Nasensecretion herabzusetzen, wie bei gewissen Formen von excessiver postnasaler Absonderung, erreichen wir dies, indem wir eine Anzahl von Canaliculi der Basalmembran durch oberflächliche, breite Anwendung der Cauterisation innerhalb einer umschriebenen Partie des Septums und der hinteren Enden der unteren Muscheln zerstören.

Recidivirt die Hypertrophie nach der Cauterisation, so dass jetzt eine resistentere Schleimhaut mit verhältnissmässig mehr Bindegewebe vorhanden ist als vorher und dass eine neue Cauterisation wenig Aussicht bietet, die Gewebe zur Reduction zu bringen, so sehe man dann von einer Wiederholung der Cauterisation ab und excidire das überschüssige Gewebe.

EMIL MAYER.

44) **Ernst Urbantschitsch. Muschelförmige Wülste unterhalb der unteren Nasenmuscheln.** *Mit 4 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde etc. No. 10. 1904.*

Autor berichtet über einen Fall, bei dem ausser einer Gabelung der unteren Muschel „in ihrer pharyngealen Hälfte in einen aufsteigenden und absteigenden Ast“ sich „beiderseits ein muschelförmiger Wulst unterhalb des vorderen Antheils der unteren Muschel fand, der mit letzterer in keinerlei Zusammenhang stand und sich als selbständiges Gebilde präsentirte“.

Die gleiche Anomalie konnte Urbantschitsch auch bei der Mutter des Patienten nachweisen. Autor fasst diese Anomalie als „eine partielle Hemmungsbildung“ in der Entwickelung der Nasenhöhle auf und sucht dies durch entwickelungsgeschichtliche, durch Abbildungen illustrirte Erörterungen zu beweisen.

HECHT.

45) **W. Bower. Zufällige Vaccination der Nasenhöhle. (Accidental vaccina of the nasal cavity.)** *Lancet. 2. Juli 1904.*

Eine 28jährige Frau fühlte Schmerzen in der Nase, nachdem 11 Tage vorher ihr Kind geimpft worden war. Es trat eine Schwellung am rechten Nasenloch auf, die sich über das Gesicht bis hinter das Ohr hin ausbreitete. Im rechten Nasenloch fand sich ein kleines Ulcus.

ADOLPH BRONNER.

46) **Lublinski** (Berlin). **Accidentelle Vaccination der Nasenschleimhaut.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1904.*

Autor bespricht die Literatur über „unbeabsichtigte Impfung eines anderen

Menschen", insbesondere die accidentelle Vaccination der Schleimhaut und berichtet über einen Fall, in welchem sich eine Mutter an ihrem frisch geimpften Kinde in der Weise inficirte, dass sie mit ihrem Taschentuch die reichlich absondernden Impfpusteln abtrocknete und später ihre Nase mit demselben Tuche abwischte; die Mutter litt zu dieser Zeit gerade an häufigem Nasenbluten. Am Locus Kieselbachii fanden sich bei der Mutter zwei übereinanderliegende, etwa linsengrosse, wohlausgebildete Pusteln; Nase und Oberlippe waren stark geschwollen. Der Process heilte in 14 Tagen unter Hinterlassung einer kleinen Narbe an dem Sitz der Pusteln vollkommen ab. Die Mutter war nicht revaccinirt worden.

HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

47) **Greil. Ueber die sechsten Schlundtaschen der Amphibien und deren Beziehungen zu den suprapericardialen (postbranchialen) Körpern.** *Anat. Anz. Ergänzungsh. z. 25. Bd. Verh. d. Anat. Ges. Jena 1904. S. 136.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

48) **J. Kollmann. Der Canalis cranio-pharyngeus.** *Anat. Anz. Ergänzungsh. z. 25. Bd. Verh. der Anat. Ges. Jena 1904. S. 83.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

49) **F. Kiesow. Zur Frage der Schmeckflächen des hinteren kindlichen Mundraumes. Die Uvula.** *Zeitschr. f. Phychol. u. Pcysiol. d. Sinnesorg. XXXVI. 1/2. S. 90.*

Die Uvula der Kinder nimmt ebenso wie die der Erwachsenen am Geschmack nicht theil.

J. KATZENSTEIN.

50) **M. L. Rhein. Oralinfection und Sterilisation. (Oral infection and sterilization.)** *Journal of the American Medical Association. 3. September 1904.*

Verf. plädirt für eine bessere Unterweisung der Aerzte in den allgemeinen Principien der Zahnheilkunde, die er an dieser Stelle auseinandersetzt, um zu zeigen, dass kranke Zähne häufig die Quelle für Infectionen abgeben.

EMIL MAYER.

51) **Deutsch** (Budapest). **Die Riga'sche Krankheit.** *Arch. f. Kinderheilkunde. 40. Bd. 1.—3. H. 1904.*

Auf Grund seiner an einem 3monatlichen Säugling gemachten Beobachtung, des ersten in Ungarn literarsich verwendeten derartigen Falles, spricht sich Deutsch dahin aus, dass die Riga'sche Krankheit, produzione sottolinguale, ein auf mechanischer Basis entstehendes benignes Neoplasma ist, zu dessen Heilung die Entfernung der hervorbringenden Momente (Zahnextraction) am vortheilhaftesten ist.

SEIFERT.

52) **C. M. Flanis. Ein Fall von Angina Ludovici. (A case of Ludwig's Angina.)** *N. Y. Medical News. 3. September 1904.*

Bemerkenswerth an dem Fall ist die Mitbetheiligung des Ohres und das erfolgreiche Resultat der conservativen Behandlung.

LEFFERTS.

53) **Rackwitz** (Regenwalde). **Vier Fälle von Angina Ludovici.** *Dissertation. Kiel 1904.*

Bei allen 4 Fällen haben sich die charakteristischen Merkmale, bestehend in leichter Angina, allmälig zunehmender mässiger Geschwulst und heftigen Schmerzen unter Fiebererscheinungen eingestellt. Trotz Operation Exitus. SEIFERT.

54) **H. S. Birkett. Primärer Lupus vulgaris des Oropharynx und Nasopharynx mit X-Strahlen behandelt. (Primary lupus vulgaris of the oropharynx and nasopharynx tracted by X-Rays.)** *N. Y. Medical Record. 24. December 1904.*

Verf. beschreibt einen mit günstigem Erfolg mittels X-Strahlen behandelten Fall von Lupus des Mundrachens. Pat. war ein 15jähriger Knabe, der sonst keine Zeichen von Erkrankung darbot, in dessen Familie aber Tuberkulose vorgekommen war. Die Diagnose wurde durch mikroskopische Untersuchung exstirpirter Stückchen, ferner durch Nachweis von Tuberkelbazillen im Schnitt, sowie durch den positiven Ausfall von Impfungen bestätigt. Eine Tuberkulininjektion hatte lokale und allgemeine Reaktion im Gefolge. Excision mit nachfolgender Curettage und Anwendung von Galvanokaustik und Milchsäure hatten keinen rechten Erfolg. Nach einem Intervall von einigen Monaten wurde die X-Strahlenbehandlung begonnen und nachdem sie drei Monate lang ununterbrochen fortgesetzt war, verschwanden die lokalen Erscheinungen völlig und der Pat. konnte als geheilt betrachtet werden; nach sechs Monaten trat ein leichtes Recidiv auf und an dem einen Nasenflügel erschien ein kleines Ulcus. Beide bessern sich unter Behandlung mit X-Strahlen und Verf. hofft, dass diese Methode zu besseren Resultaten führen wird, als die früher angewandte Therapie. LEFFERTS.

55) **Rosenak** und **Feldmann** (Budapest). **Makroglossia, lingua lobata cum cystulis mucosis multilocularibus.** *Centralbl. f. Allgem. Pathol. u. Pathol. Anatomie. 2. 1905.*

Bei einem 5 Monaten alten Mädchen, das von Geburt an nicht saugen konnte, so dass ihm die Milch mit Löffeln verabreicht werden musste, fand sich eine merkwürdige Abnormität der Zunge. Es fanden sich an dieser eigentlich 4 Spalten, 2 seitliche und 2 vordere; demnach handelte es sich um eine fünflappige Zunge. Von den 4 Spalten lassen sich 3 auf Druck seitens einiger Geschwülste zurückführen, während 1 durch Zug seitens des kurzen Zungenbändchens zu erklären ist. Die betreffenden Geschwülste waren nichts anderes, als durch Sekretanhäufung entstandene kleine vielfächerige Schleimcysten.

SEIFERT.

56) **Richard H. Johnston. Maligne Geschwülste an der Zungenbasis. (Malignant growths at the base of the tongue.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1904.*

Verf. berichtet erstens über einen Fall von Sarkom der Zungentonsille, der einen Mann in vorgeschrittenem Lebensalter betraf. Der Tumor war hart und unbeweglich; es war keine Ulceration vorhanden. Die Geschwulst wurde mit der kalten Schlinge entfernt und erwies sich grösser, als ein Taubenei. Im zweiten Fall handelte es sich um ein Epitheliom bei einem 57jährigen Mann. Da der Pat.

sehr kachektisch war und die Drüsen in ausgedehntem Maasse betheiligt waren, so wurde von einer Operation Abstand genommen. Im Anschluss an diesen Fall, der ursprünglich für Lues gehalten und mit Jodkali lange Zeit behandelt worden war, plädirt Verf. für die Vornahme einer mikroskopischen Stückchendiagnose in allen zweifelhaften Fällen. Was die Zungensarkome anbetrifft, so hat Verf. nur 25 in der Literatur aufgefunden, unter denen auch noch einige zweifelhafte waren. Bei 5 davon wird als Sitz der Affection die Zungenbasis angegeben. In allen Fällen handelte es sich um Rundzellen- oder Lymphosarkome. Die Prognose ist bei rechtzeitiger Operation nicht so ungünstig. Unter den 5 in der Literatur erwähnten Fällen, zu denen noch ein von Prota berichtetes Fibrosarkom hinzukommt, waren 4 Heilungen.

EMIL MAYER.

57) **C. B. Lockwood** (London). **Secundärinfection der Lymphdrüsen bei malignen Erkrankungen der Zunge. (Secondary infection of the lymphatic glands in malignant disease of the tongue.)** *The Clinical Journal London. Juli 1904.*

Ausführliche Arbeit mit genauer Besprechung der Chirurgie der Halslymphdrüsen.

JAMES DONELAN.

58) **C. Keyser. Zungenepitheliom bei Weibern. (Epithelioma of the tongue in women.)** *Lancet. 17. September 1904.*

Bericht über 10 Fälle von Zungenepitheliom bei Frauen aus dem St. George's-Hospital. Durchschnittlich war das Alter der Patientinnen 54,7 Jahr. In den meisten Fällen bestand Irritation durch cariöse Zähne oder durch Syphilis der Zunge. Es finden sich 15 pCt. von Epitheliom der Zunge bei Frauen.

ADOLPH BRONNER.

59) **Wm. Seaman Bainbridge. Ein Fall von ausgebreitetem Carcinom von Zunge und Hals. (A case von extensive carcinoma of tongue and neck.)** *American Medicine. 25. März 1905.*

Zwei Operationen wurden vorgenommen; in der ersten wurden alle befallenen Drüsen entfernt, bei der zweiten die Zunge amputirt. Ungestörte Heilung und kein Recidiv seit einem Jahr.

EMIL MAYER.

60) **Christoph Müller** (Immenstadt). **Ein Beitrag zur Entstehung der Decubitusgeschwüre im Pharynx.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1904.*

In Folge eines Sturzes trat bei einem Pat. durch Zerreissung der hinteren Partien eines Gefässkropfes ein ausgebreitetes Hämatom des Halses ein. Der Druck dieses Hämatoms drängte den Ringknorpel derart an den Pharynx an, dass an den gegenüberliegenden Stellen der vorderen und hinteren Pharynxwand Ulcerationen (Decubitalgeschwüre) entstanden. Ein Durchbruch des Geschwürs in das Hämatom führte kurz vor dem Tode zu einem Hautemphysem.

HECHT.

61) **J. R. French. Bericht über einen Fall von acuter septischer Entzündung von Rachen und Hals, in dem die Schwellungen durch den Gebrauch von salzsaurem Adrenalin beseitigt wurden. (Report of a case of acute septic inflammation of the throat and neck in which the swellings were dispersed by the use of adrenalin chloride.)** *Brooklyn Medical Journal. Februar 1905.*

Bei dem Pat., einem Arbeiter, trat ein Oedem der Uvula auf. Es wurde eine

Incision gemacht und eine Adrenalinlösung (1 : 5000) applicirt, worauf das Oedem zurückging. Am folgenden Tage entwickelte sich ein akutes Kehlkopfödem; Epiglottis, Aryknorpel und ary-epiglottische Falten waren Sitz einer grossen ödematösen Schwellung, die sich rapide nach dem Kehlkopflumen zu ausbreitete. Die Behandlung bestand wieder in Application von Adrenalinlösung und wieder verschwand die Schwellung prompt, ohne wiederzukehren. EMIL MAYER.

62) **Sir Felix Semon. Acute septische Entzündungen von Rachen und Hals. (Acute septic inflammations of the throat and neck.)** *Brooklyn Medical Journal. Januar 1905.*

In Bezug auf diese Fälle herrscht in der medicinischen Terminologie grosse Verwirrung, die noch auf alte Zeiten zurückgeht. Die akuten septischen Entzündungen von Rachen und Hals müssen streng getrennt werden von denen bei passivem Oedem, wie bei Bright'scher Krankheit. Alle diese acuten septischen Infectionen beruhen auf verschiedenen pathogenen Mikroorganismen.

Die pathogenen Mikroorganismen lassen sich in 2 Gruppen theilen: solche, die eine specifische Wirkung haben, wie die Tuberkel-, Diphtherie-, Pestbacillen und solche, die bloss einen entzündlichen Effect haben. Entzündungserregende pathogene Bacterien sind der Streptococcus pyogenes, Staphylococcus albus und aureus, flavus und citreus, das Bacterium coli, Pneumococcus etc. Alle diese können verschiedene Formen von Entzündung hervorrufen, seröse oder eitrige, fibrinöse oder gangränöse, abhängig von der Menge und Virulenz der eingedrungenen Mikroorganismen und der Resistenz der Gewebe, in denen sie sich zuerst ansiedeln, während die Frage, wo die erste Localisation erfolgt, eine bloss accidentelle ist. In der Regel kommt die Erkrankung plötzlich ohne vorausgehende Anzeichen zum Ausbruch. Auch wenn der Zustand sehr bedrohlich aussieht, kann Wiederherstellung erfolgen, doch sind diese Affectionen nur zu oft ernsterer Natur. Oft wird die Tracheotomie notwendig.

In den meisten Fällen erfolgt am 3. oder 4. Tage Tod unter Symptomen von zunehmendem Coma, oder Herzschwäche, oder Zeichen von Befallensein des Centralnervensystems. Was die Behandlung betrifft, so kann man einige Hoffnung an den Gebrauch eines Antistreptokokkenserums knüpfen. Man versuche möglichst, zuerst die bakteriologische Diagnose zu sichern, ist dies nicht möglich, so injicire man das Antistreptokokkenserum auf gut Glück angesichts der Schwere und des schnellen Verlaufs dieser Entzündungen. EMIL MAYER.

63) **Luigi Tommazzoli. Pharyngo-laryngeale Phlegmone infolge Trauma. (Flemmone faringeo-laringeo per trauma.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1904.*

Der Pat., ein 51jähriger Mann, war überfallen und am Halse gewürgt worden; beim Nachhausekommen bemerkte er eine kleine Wunde an der rechten Halsseite. Am folgenden Morgen war er aphonisch und konnte weder feste, noch flüssige Speisen schlucken. Bei der Untersuchung fand man auf der rechten Halsseite eine Risswunde, links etwas hinter dem Schildknorpel eine elastische Anschwellung, die sich nach oben bis zum Zungenbein erstreckte. Im Pharynx fand sich eine ödematöse Schwellung besonders des linken hinteren Gaumenbogens,

des linken Lig. ary-epiglotticum, der ganzen linken seitlichen Pharynxwand und des Lig. glosso-epiglotticum. Auch die Zungenbasis war geschwollen und durch die Anschwellung nach der Seite gedrängt. Bei allmäligem Zurückgehen des Processes sah man, dass die Ausgangsstelle am linken Lig. pharyngo-epiglotticum sass. Nach Kurzem öffnete sich an dieser Stelle ein Abscess, womit der Process sein Ende erreicht hatte.

FINDER.

64) P. **Watson Williams** (Bristol). **Ueber den Hals als Eingangspforte der Allgemeininfection beim acuten Rheumatismus. (On the throat as the source of systemic infection in acute Rheumatisme.)** *Bristol Med. Chir. Journal. September 1904.*

Verf. nimmt an, dass wenigstens in einer grossen Anzahl von Fällen der Rachen die Eingangspforte für die rheumatische Infection bildet. Er bezieht sich auf die Untersuchungen von Friedländer, Triboulet, Wassermann, sowie auf die von Poynton und Taine (Lancet. 1900. S. 861). Beaton und Walker (Brit. med. Journ. 1903. S. 237). Nach Poynton ist es sicher, „dass erkrankte Tonsillen einen Kanal für die Infection abgeben". Verf. führt aus, dass gleichzeitiges Vorkommen von acuter Tonsillitis und Rheumatismus wohl bekannt ist und dass Trousseau 1865 eine rheumatische Angina beschrieb. Er citirt klinische und experimentelle Beispiele dafür, dass beide Affectionen nicht nur häufig zusammen vorkommen, sondern auch von einander abhängig sind. Er ist der Ueberzeugung, dass statistische Angaben über die Häufigkeit des Zusammentreffens beider Krankheiten keine verwerthbaren Daten geben, da er seiner klinischen Beobachtung nach annehmen muss, dass, wenn Tonsillitis bei ausgesprochener Hypertrophie der Mandeln vorkommt, weniger Neigung zur Entwicklung einer rheumatischen Infection besteht, als wenn die Hypertrophie nur geringfügig ist oder ganz fehlt, d. h. dass ausgesprochene locale entzündliche Reaction ein Schutzmittel darstellt, während bei den geringfügigeren Formen von Tonsillitis die resultirende lymphatische Hypertrophie kein solches bildet. Er zieht eine Parallele zwischen der rheumatischen Infection und der primären Halserkrankung mit darauffolgender Allgemeinerkrankung beim Scharlach. Folgendes sind die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. gelangt: 1. Der acute Rheumatismus ist eine Infectionskrankheit sui generis. 2. Es giebt eine wahre rheumatische Pharyngitis und Tonsillitis. 3. Diese rheumatische Pharyngitis oder Tonsillitis stellt die primäre Erkrankung dar. 4. Rheumatisches Fieber ist eine Secundärinfection, die entweder auf die Resorption von Stoffwechselproducten, oder auf das Wachstum von Mikroorganismen zurückzuführen ist; die Infection zeigt sich als Arthritis, Pericarditis, Pleuritis u. s. w., allein oder in Association. 5. Es giebt eine grosse Procentzahl von Fällen, in denen die Eingangspforte im Rachen zu suchen ist, am häufigsten in dem lymphatischen Schlundring. 6. Es besteht keine Proportion zwischen der Intensität der primären Localaffection und der Schwere der secundären Allgemeinerkrankung.

JAMES DONELAN.

d. Diphtherie und Croup.

65) **C. B. Kerr. Die neue Literatur über Diphtherie. (Recent literature on diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 19. December 1903.*

Verf. nimmt vielfach auf eine Arbeit von Marfan Bezug. Letzterer Autor meint, dass auch Fälle von wahrer Diphtherie, besonders solche mit secundärer Betheiligung des Kehlkopfs, den Eindruck der Tonsillitis machen können. Nach seiner Ansicht sind 80 pCt. der Fälle von Tonsillitis, die mit Laryngitis auftreten, diphtherischer Natur, während nur $1/2$ pCt. der Fälle von Angina ohne Laryngitis sich als Diphtherie herausstellen. Die Todesursachen sind von Barbier studirt worden; er betont die Bedeutung der Herzthromben und Tuberculose. Bei 69 Autopsien fand er in 37 pCt. oder 52 pCt. der Fälle Herzthromben, die intra vitam entstanden waren. In 19 Fällen wurden die Thromben bakteriologisch untersucht und es fand sich 18mal der Diphtheriebacillus in ihnen. Einen werthvollen Beitrag zur Therapie brachte Cairns, der rieth, in schweren Formen von Kehlkopf- und Nasendiphtherie intravenöse Injectionen von Antitoxin zu machen. Er empfiehlt die Anwendung sehr grosser Dosen, 20000—30000 J. E. Auch die Bronchopneumonien, von denen man jetzt nachgewiesen hat, dass sie durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus verursacht werden, können durch die intravenösen Antitoxininjectionen günstig beeinflusst werden.

LEFFERTS.

66) **A. Haibe. Einige Notizen über die Diphtheritis. (Quelques notes sur la diphtérie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 13. 1904.*

Der Autor kommt mit seinen Beobachtungen zu folgenden 3 Conclusionen: 1. wenn die diphtheritische Invasion sehr intensiv ist und falsche Membranen zu gleicher Zeit in der Trachea auftreten, dann solle man sofort eine grosse Dosis von Sèrum injiciren. 2. wenn die Diphtheritis sich mit Streptokokken associirt, dann soll man ebenfalls energischer als gewöhnlich injiciren. 3. wenn der Allgemeinzustand schlecht ist und hohes Fieber einen schweren Fall verräth, dann gelte es, die Dosen zu forciren. — Schliesslich bricht er noch eine Lanze für die Präventivinjection von Serum in den von Diphtheritis heimgesuchten Familien.

BAYER.

67) **Schaps** (Dresden). **Welchen Werth hat der Diphtheriebacillennachweis für die Diagnose der Diphtherie im Säuglingsalter?** *Arch. f. Kinderheilkunde. 40. Bd. 1.—3. H. 1904.*

In dem Säuglingsheim zu Dresden wurden bei 108 Kindern 296 Untersuchungen des Nasensekretes auf Diphtheriebacillen ausgeführt (vom Januar bis März 1904). In die erste Periode während des Januar fallen die meisten positiven Befunde, gegen das Ende des Monats werden die positiven Befunde immer spärlicher und im Monat Februar war mit Ausnahme eines Falles kein Diphtheriebacillenbefund zu erheben. Die dritte Periode im April ist dadurch charakterisirt, dass wieder Diphtheriebacillen gefunden wurden. Die kleinen Patienten haben trotz der Anwesenheit von Diphtheriebacillen — auch im Thierexperiment virulente Formen — niemals gefiebert, haben weder in der Nase noch sonstwo Mem-

branen gezeigt, hatten weder pharyngeale noch laryngeale Symptome und sind gut weiter gediehen. Der Diphtheriebacillus spielte in den Fällen nur die Rolle eines relativ unschädlichen Schmarotzers, der allerdings, wie es wohl auch einmal im Säuglingsheim der Fall war, gelegentlich eine Diphtherie verursachen kann.

SEIFERT.

68) **Hibbert W. Hill. Harmlose Fälle als Diphtherie angezeigt. (Innocent cases reported as diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 24. December 1904.*

Aus den Statistiken des Gesundheitsamts in Boston schliesst Verf., das 38 pCt der von den practischen Aerzten als Diphtherie diagnosticirten Fälle nicht Diphtherie sind. Das Bostoner Gesundheitsamt acceptirt die Diagnose Diphtherie daher nicht, bevor sie nicht durch einen positiven Culturausfall bestätigt wird.

LEFFERTS.

69) **Arthur Mayer** (Freiburg i./Br.). **Ueber postdiphtheritische Nephritis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1904.*

Anschliessend an zwei Fälle einer spätdiphtheritischen und einer postdiphtheritischen Nephritis erörtert Autor die verschiedenen Theorien über die Ursache dieser Nierenentzündung und empfiehlt, „den Harn von Diphtheriekranken auch noch längere Zeit nach dem Verschwinden aller Krankheitssymptome mit einer geeigneten Methode auf Eiweiss zu untersuchen“.

HECHT.

70) **J. D. Rolleston** (London). **Klinische Beobachtungen über diphtherische Lähmung. (Clinical observations on diphtheric paralysis.)** *The Practitioner. London November 1904.*

Eine sehr werthvolle Arbeit, in der auch ein historischer Ueberblick gegeben ist. Der Inhalt ist zu reich, um im Rahmen eines Referats wiedergegeben werden zu können; die Fülle klinischer und statistischer Daten macht die Arbeit für jeden, der sich für den Gegenstand interessirt, höchst bemerkenswerth.

JAMES DONELAN

71) **Wm. J. Butler. Ein Fall von postdiphtherischer Lähmung. (A case of postdiphtheritic paralysis.)** *Illinois Medical Journal. December 1904.*

Es handelt sich um einen Fall von postdiphtheritischer Lähmung, die eine ungewöhnliche Ausdehnung hatte, die Recti externi der Augen, den weichen Gaumen, Pharynx, Kehlkopfadductoren, Zwerchfell und periphere Nerven betraf. Es bildete sich acute Herzdilatation, Lungenstase und Lungenödem, auch Stasis in der Leber. Die Behandlung bestand in Codein und Strychnin.

Nach dem letzten Bericht ist Patient im Stande, mit atactischem, paretischem Schritt zu gehen, die Patellarreflexe fehlen noch, Puls noch beschleunigt.

EMIL MAYER.

72) **M. Mc. Crovy. Diphtherische Lähmung. (Diphtheritic paralysis.)** *New Standard. März 1905.*

Verf. bespricht die einzelnen Formen der postdiphtheritischen Lähmung und ihre Behandlung.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **E. Goeppert. Der Kehlkopf von Protopterus annectens (Owen).** *Denkschr. der med.-nat. Gesellsch. Jena 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

74) **R. Wiedersheim. Nachträgliche Bemerkungen zu meinem Aufsatz über den Kehlkopf der Ganoiden und Dipnoer.** *Anat. Anzeiger. Bd. 24. No. 23 u. 24. S. 651.*

Verf. tritt entgegen seiner früheren Auffassung der Ansicht Göppert's bei, dass sich im Bereich des Kehlkopfes der Dipnoer kein Knorpel befindet.

J. KATZENSTEIN.

75) **W. Zilliacus. Die Ausbreitung der verschiedenen Epithelarten im menschlichen Kehlkopfe und eine neue Methode, dieselben festzustellen.** *Anatom. Anzeiger. Bd. 26. No. 1. S. 25. 1905.*

Die Versuche wurden mit Pikrinsäure als Färbemittel für das Plattenepithel angestellt und daran anschliessend verschiedene Farblösungen, wie ammoniakalisches Karmin, Fuchsin, Pikrokarmin, Cochenillenalaun, Alaunkarmin, Hämatoxylin, Hämalaun der Reihe nach zur Färbung des Flimmerepithels gebraucht. Schon die ersten Versuche mit Pikrinsäure und Karmin liessen scharfe Grenzen zwischen gelb und roth gefärbten Schleimhautbezirken hervortreten. Hämalaun nach P. Mayer erzielte die deutlichsten und besten Grenzen, weshalb später ausschliesslich Pikrinsäure und Hämalaun zu den Färbungen in Anwendung gebracht wurde. Aus den verschieden gefärbten Schleimhautbezirken wurden, um die Ausbreitung verschiedener Epithelarten festzustellen, Proben entnommen, zerzupft und mikroskopisch untersucht. Ferner wurde, um den Sachverhalt zu controliren, ein 1 cm langes Stück der Grenze zwischen dem heller und dunkler gefärbten Gebiete an der medialen Fläche der Plica ary-epiglottica eines in der oben angegebenen Weise gefärbten Kehlkopfes mittelst des Embryographen bei 10facher Vergrösserung gezeichnet. Obschon grosse Variationen in der Vertheilung beider Epithelarten im oberen und mittleren Kehlkopfraum oberhalb der wahren Stimmbänder bestanden, ist unterhalb der letzteren das gegenseitige Verhalten zwischen Platten- und Flimmerepithel ein ziemlich constantes. Der 2—3 Linien breite Randsaum von Plattenepithel nach Rheiner bietet keine regelmässige Begrenzung dar; einmal erstreckt er sich weit ins Innere des Kehlkopfes, selbst bis zum Taschenbande, in anderen Fällen nimmt er nur einen geringeren Theil des Grenzgebietes des Kehlkopfes gegen den Pharynx ein. Auf der Rückseite des Kehldeckels und an der medialen Fläche der Plica ary-epiglottica sind Inseln von Plattenepithel innerhalb des Cylinderepithelgebietes, oft auch umgekehrt Inseln von Cylinderepithel innerhalb des Plattenepithelgebietes vorhanden. In sämmtlichen Kehlköpfen sind, wie das Davis, P. Heymann, R. Heymann gefunden haben, Inseln von Plattenepithel vorhanden. Die Anwesenheit zahlreicher Plattenepithelinseln, welche keine pathologischen Veränderungen darboten, steht im Widerspruche zu der Ansicht Kanthack's und P. Heymann's, dass derartige

Inseln nicht zum normalen Bilde der Kehlkopfschleimhaut gehören. Das von Cryne, Davis, R. Heymann, P. Heymann angegebene Vorhandensein von Plattenepithel längs des freien Randes des Taschenbandes hat nur insofern constatirt werden können, als sich einzelne Plattenepithelinseln theils in demselben, theils auch ganz auf dem Bande selbst vorgefunden haben und ein Theil des letzteren somit von Plattenepithel überzogen gewesen ist. J. KATZENSTEIN.

76) **Sokolowski. Laryngologische Mittheilungen. (Z posiedzen laryngologiczno-otrya tycznych.)** *Medycyna. 44. 1903.*

Verf. berichtete in der Sitzung der Laryngologischen Gesellschaft einige Fälle, welche besondere diagnostische Schwierigkeiten darboten. Bei einem alten Manne mit kachektischem Aussehen, welcher an Heiserkeit und Hämoptoë seit einiger Zeit litt, wurde in der Mitte des rechten wahren Stimmbandes eine Geschwulst von Bohnengrösse entdeckt. Andere Theile waren unverändert. In den Lungen keine nachweisbare Veränderungen vorhanden. Nach einem Monate entstanden deutliche tuberkulöse Erscheinungen in den Lungen und weitere Veränderungen im Larynx, welche ebenfalls als tuberkulös sich erwiesen.

Im zweiten sehr analogen Falle erwies sich die Geschwulst des wahren Stimmbandes bei einem 40jährigen Manne carcinomatös. In der Discussion berichtete Wróblewski über einen Fall, wo beide linken Stimmbänder infiltrirt waren. Es bestand linksseitige Perichondritis arytaenoidea, auf dem hinteren Ende des Stimmbandes waren papillomatöse Wucherungen vorhanden. Der Kranke war alt, bot keine nachweisbare Erscheinungen in den Lungen. Das ganze laryngoskopische Bild sprach sehr für Carcinom und doch entdeckte die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückchens tuberkulöse Veränderung. A. v. SOKOLOWSKI.

77) **H. E. Symth. Primärer Kehlkopflupus. (Primary lupus of the larynx.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

47jähriger Farmer kam zum Verf. mit Beschwerden über Trockenheit im Halse. Anamnese negativ. Die sorgfältige Untersuchung von Lunge und Sputum sowie des ganzen Körpers ergab nichts Krankhaftes. Die Laryngoskopie zeigte eine ausgedehnte lupöse Erkrankung der Epiglottis von sehr charakteristischem Aussehen. Bisher ist keine pathologische Untersuchung gemacht worden.

EMIL MAYER.

78) **R. Forns** (Madrid). **Syphilitisches Condylom des Sinus piriformis. (Condiloma sifilitico del seno piriforme.)** *Revist. de Especialid. Médic. No. 96. 1903.*

Genanntes Condylom verursachte Anfälle von Asphyxie mit Cyanose und Verlust des Bewusstseins und befand sich im rechten Sinus piriformis. Entfernung des Tumors und Cauterisation der Sitzstelle führten das Aufhören der Anfälle herbei. R. BOTEY.

79) **Henrici. Ueber die Aktinomykose des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 519. 1903.*

Zwei Fälle, in einem trat die Aktinomykose als Abscess, im anderen als brett-

harte schmerzlose Infiltration tumorartig auf. In letzterem zog ein derber Strang von der Geschwulst zum Unterkiefer, ein Moment von besonderer diagnostischer Wichtigkeit. Beide Fälle kamen durch Operation zur Heilung. F. KLEMPERER.

80) **John Edwin Rhodes. Kehlkopfblutung. (Hemorrhage of the larynx.)** *The Journal of the American Medical Association. 29. October 1904.*

Verf. theilt die Kehlkopfblutungen in zwei Gruppen: solche, bei denen ein Blutverlust durch die Kehlkopfschleimhaut hindurch besteht und solche, wo es sich um ein Extravasat handelt. Er zählt die Ursachen der Blutungen auf und bespricht ihre Diagnose. EMIL MAYER.

81) **M. Simmonds. Ueber Alterssäbelscheidentrachea.** *Virch. Arch. Bd. 179. H. 1. S. 15.*

Während die Luftröhre jugendlicher Individuen fast durchweg eine cylindrische Gestalt aufweist, begegnet man bei älteren Individuen, besonders Männern, oft abnorm weiten oder abnorm engen Luftröhren. Die abnorm weite Trachea zeichnet sich durch das Fehlen stärkerer Verknöcherungsvorgänge an den Luftröhrenknorpeln aus. Dagegen tritt die abnorm enge Trachea bei alten Leuten, besonders alten Männern, mit stark verknöcherter Luftröhre auf, eine Deformität, die S. als Alterssäbelscheidentrachea bezeichnet. Um von der Formveränderung der Trachea eine Vorstellung zu bekommen, stellt S. vor dem Aufschneiden derselben einen Gipsabguss her. Aus dem Studium dieser Abgüsse erhellt, dass bei der Alterssäbelscheidentrachea im Gegensatz zu der Kropfsäbelscheidentrachea sich die Einengung nicht auf die Gegend der Schilddrüse beschränkt, sondern sich auf den ganzen Verlauf der Luftröhre bis zur Bifurkation erstreckt. Der Zusammenhang zwischen Ossifikation und Stenosenbildung der Trachea ist so zu deuten: die Verknöcherung — es handelt sich um echte Verknöcherung, nicht um Kalkablagerung — bevorzugt regelmässig den vorderen Bogen der Trachealringe; der ossificirende Knorpel knickt also hier zuerst in Folge des von den Nachbarorganen auf ihn einwirkenden Druckes ein. In vielen Fällen bleibt unerklärter Weise trotz ausgebildeter Ossifikation die seitliche Einengung der Luftröhre aus. J. KATZENSTEIN.

82) **Srebrny. Ein Fall von primärer Trachealozaena. (Przypadek pierwotnego cuchnaego niezytu tchawicy. Z posiedzen Tow. Laryng.)** *Medycyna. No. 39. 1904.*

Bei einem 15jährigen Knaben, der seit einem halben Jahre an Husten litt, wurden bei Sputumuntersuchung Tuberkelbacillen entdeckt. Die nachträgliche Untersuchung gab ein negatives Resultat, die dritte Untersuchung ein paar Wochen später zeigte wieder das Vorhandensein von Bacillen. Lungenuntersuchung zeigte keine wesentlichen Veränderungen, dagegen entdeckte man laryngoskopisch in der Trachea graugrünliche Krusten, welche entfernt und mikroskopisch untersucht tuberkulöse Bacillen zeigten, jedoch nur bei Auswaschen in Mineralsäuren, dagegen bei nachträglicher Entfärbung mittelst Alkohols ihre rothe Färbung verloren. Es waren also Pseudotuberkel-Bacillen. A. v. SOKOLOWSKI.

83) **Ziembicki. Eine letale Blutung nach einer Tracheotomie bei Skleroma laryngis.** *Przeglad Lekarski. No. 12. 1902. Protokuly vosiedzenia.*

Die Blutung entstand am 50. Tage nach der Tracheotomie in Folge von Arrosion der Art. anonyma, welche unweit verlief. A. v. SOKOLOWSKI.

84) **v. Eiselsberg** (Wien). **Resection der Trachea.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte vom 13. Mai 1904.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 20. 1904.*

Wegen eines Carcinoms der Schilddrüse wurde eine circuläre Resection der Luftröhre mit folgender Naht ausgeführt. Der an der Vorderwand der Trachea nach Dehiscenz der Naht entstandene Defect wurde mittelst eines Hautperiostknochenlappens aus dem Sternum gedeckt.

In der Discussion machte Grossmann auf seine Thierversuche aufmerksam, die ergaben, dass selbst nach Resection einiger Ringe die Trachealstümpfe grosse Neigung zur Vereinigung besitzen, was v. Eiselsberg bestätigte.

CHIARI.

85) **Gerber** (Konstanz). **Erstickung infolge Durchbruchs einer compacten verkästen Lymphdrüse in die Trachea.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 75. Bd. 2.—4. H. 1904.*

Bei der Section fand sich, dass eine verkäste Drüse beide Hauptbronchien verlegte. Betrachtung über die Entstehung der Perforation und der gleichzeitig gefundenen tuberkulösen Peribronchitis. SEIFERT.

86) **Hans Neumayer** (München). **Intratracheale Strumen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1904.*

Autor berichtet über 2 Fälle intratrachealer Strumen bei 2 Schwestern; bei der ersten Patientin zeigte sich in der Trachea „eine blassrothe, nicht ulcerirte Geschwulst, die von der Hinterwand und den beiden Seitenwänden der Trachea auszugehen“ schien, bei der zweiten sass der „ungefähr haselnussgrosse, röthliche, glatte Tumor, von der Hinterwand entspringend, den obersten Trachealringen gegenüber“ und verengte das Lumen der Luftröhre bis auf einen schmalen, sichelförmigen Spalt, der im Bereiche der Vorderwand der Trachea lag. Beide Tumoren bildeten sich auf Jodkali bezw. Thyreoidin fast vollkommen zurück. Die Krankengeschichten sind in extenso wiedergegeben; Differentialdiagnose, Therapie und einschlägige Literatur finden eingehende Besprechung. HECHT.

87) **O. Frankenberger** (Prag). **Struma intratrachealis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1904.*

Mittheilung eines Falles von intratrachealem Tumor, der auf Grund der Anamnese, des klinischen Befundes und der therapeutischen Beeinflussung als intratracheale Struma angesprochen werden musste und in Folge eines plötzlichen Suffocationsanfalles letal endigte. Section wurde nicht vorgenommen. HECHT.

88) **J. Mc. Fadden Gaston. Tracheotomie wegen Schusswunden der Trachea. (Tracheotomy for gunshot wounds of the trachea.)** *N. Y. Medical News. 14. Januar 1905.*

Verf. berichtet über einen Fall bei einem 8jährigen Mädchen. Vollständige

Heilung. Die Complicationen der Fälle bestehen meist in Sepsis oder Kehlkopfstenose.

LEFFERTS.

89) **Lee Maidment Hurd. Syphilitische Trachealstenose, dilatirt während einer activen Ulceration mittels einer langen Intubationsröhre; Heilung. (Syphilitic tracheal stenosis dilated during active ulceration by a long intubating tube; cured.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Inhalt ist im Titel enthalten.

EMIL MAYER.

90) **Barbier-Bourel. Behandlung der Lungentuberculose mit intratrachealen Injectionen. (Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intratrachéales.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Nach den Untersuchungen des Verf. gelangt Flüssigkeit, die an der Pharynxwand injicirt wird, fast stets in den Magen und selten in die Trachea. Man kann sich davon überzeugen, wenn man den Pat. während der Injection auskultirt. Dieses Mendel'sche Verfahren und die intratrachealen Injectionen ohne Anwendung des Spiegels haben daher keinen Werth.

Das beste Vehikel für Medikamente — Creosot, Guajacol, Menthol — ist Olivenöl, das auf 35°—37° erwärmt ist. Unter dem Einfluss der Behandlung sieht man bei nicht zu vorgeschrittenen Fällen von Tuberkulose Besserung.

A. CARTAZ.

91) **T. T. Richardson. Endotracheale Medication. (Endotracheal medication.)** *Medical News. 5. November 1904.*

R. hält die intratrachealen Injectionen für ein werthvolles Mittel zur Behandlung von entzündlichen und infectiösen Erkrankungen der unteren Luftwege. Die angewandten Medikamente sollen nicht reizen, löslich sein und antiseptisch und stimulirend wirken. Mit vorzüglichem Resultat lassen sich ölige Lösungen verwenden. Behandelt werden Asthma, Tracheitis, Lungentuberkulose und besonders Bronchitis. In letzteren Fällen räth Verf. zur Anwendung einer 5procentigen Lösung von Camphormenthol mit Eucalyptus und Thymol und Olivenöl. Oft verschwinden Husten und Auswurf nach ein paar Injectionen. Die Injectionen sollen täglich gemacht werden.

LEFFERTS.

92) **F. W. Gleitsman. Intratracheale Injectionen. (Intratracheal injections.)** *N. Y. Medical Record. März 1905.*

Der Artikel stellt einen ausführlichen historischen Ueberblick über die Methode und die Gesichtspunkte dar, von denen die einzelnen Autoren ausgehen; es werden jedoch auch die Indicationen und die angewandten Mittel abgehandelt. Am Schluss giebt Verf. seine eigene Methode der Intratrachealinjection an.

LEFFERTS

93) **J. Tournie. Epiglottisheber zur laryngoskopischen Untersuchung. (Releveur de l'épiglotte pour l'examen laryngoscopique.)** *Gaz. des hôpitaux. September 1904.*

Das Instrument hat den Vorzug, dass es an dem Kehlkopfspiegel angebracht ist.

A. CARTAZ.

94) **Rodriguez Vargas** (Valladolid). **Neuer Zungenhalter für die Kehlkopfuntersuchung. (Uncor depresor de la lengua para al examen laringeo.)** *Archiv. Latin. de Rinol, Laringolog. etc. No. 126. 1904.*

Verf. erwähnt seinen neuen Zungenhalter, den er sich zu dem Zwecke machen liess, um bei der Untersuchung des Larynx die Zungenbasis, welche häufig das Bild verhindert, niederdrücken zu können. R. BOTEY.

f. Schilddrüse.

95) **E. Muthmann. Ueber die erste Anlage der Schilddrüse und deren Lagebeziehung zur Anlage des Herzens bei Amphibien, insbesondere bei Triton alpestris.** *Dissert. München 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

96) **H. Fecholske. Einige Gedanken über Morbus Basedow. (Somo thoughts on exophthalmic goître.)** *Interstate Medical Journal. März 1905.*

Verf. räth, vor Anwendung der chirurgischen Behandlung einen Versuch mit der von Burghart und Blumenthal empfohlenen Behandlung mit Rodagen, der Milch thyreoidectomirter Ziegen, zu machen. EMIL MAYER.

97) **F. W. Bock. Kropfbehandlung mittels Borsäure. (Goitre treated with boric acid.)** *American Medicine. 25. März 1905.*

Verf. hat nach innerlicher Darreichung von Borsäure in der Dosis von 0,65 g alle drei Stunden in 3 Fällen Kleinerwerden des Kropfes und in einem Fall Nachlassen der Compressionssymptome gesehen. EMIL MAYER.

98) **Gustav Schwyzer. Die Indicationen zur Kropfoperation und ihre Technik nebst Bericht über 37 operirte Fälle. (The indications for the goitre operation and its techuique with reference to 37 operated cases.)** *Northwestern Lancet. 15. Februar 1905.*

Von auschliesslich chirurgischem Interesse. EMIL MAYER.

99) **John G. Sheldon. Die Technik der Entfernung einer Hälfte der Schilddrüse. (The technics of the removal of one half of the thyreoid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 16. April 1904.*

Verf. hält für die beste Methode eine von Gould empfohlene, die er im Detail beschreibt. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

100) **Stern** (Saratow). **Ueber Oesophagitis dissecans superficialis.** *Archiv f. Verdauungskrankh. Bd. X. H. 6. 1905.*

Bericht über einen Fall von Oesoph. diss. superficialis. Stern ist der Meinung, dass es sich um eine Abstossung des Epithellagers der Oesophagusschleimhaut handelt, die durch eine Entzündung an der Grenze zwischen Epithel und subepithelialem Gewebe entsteht. Hinsichtlich der Aetiologie dürften hauptsächlich thermische und chemische Reize, vor allem wohl der Alkohol, die Ursache dieser eigenthümlichen Erkrankung sein. SEIFERT.



101) **S. W. Schiele** (Naumburg a./S.). **Dauermagensonde bei Striktur der Speiseröhre.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Statt der Gastrostomie empfiehlt Autor an der Hand eines in extenso beschriebenen Falles die Einführung einer Dauersonde. Ein ca. 30 cm langes Drainagerohr mit zahlreichen Oeffnungen wurde mittelst eines Mandrins durch die sehr enge Strictur hindurchgeführt. Um die Führung des Mandrins zu erleichtern, wurde das Drainagerohr am untersten Ende mit Katgut zugebunden, das sich im Magen wieder auflösen darf. Der Mandrin konnte leicht wieder zurückgezogen werden, ohne dass das Schlauchstück folgte. Um den Drain zur Reinigung etc. wieder zu entfernen, wurde durch sein oberes Ende mit der Nadel ein Faden gezogen, dessen beide Enden bis über die Zahnreihen hängen und an einen Zahn geschlungen und geknüpft werden. „Die beiden Fadenenden dürfen über den Zungengrund nicht gespannt laufen, weil sonst das Spiel der Zunge das Schlauchstück über die Strictur heraushebt. Vielmehr müssen sie etwa 5 cm länger sein, als nöthig, damit der Ueberschuss an Fadenlänge in Gestalt einer Schlinge in die Speiseröhre verschluckt wird. Findet sich kein geeigneter Zahn, so müssen die Enden durch die beiden Nasenlöcher geführt und vor dem Nasensteg geknotet werden". Auf diese Weise schluckte Patient dicke Suppen, gekauten Zwieback, dünne Breie, Rühreier etc. Der Drain wurde alle 5 Tage gewechselt.

HECHT.

102) **A. B. Atherton. Ein Fall von Narbenstrictur des Oesophagus. (A case of cicatricial stricture of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 11. März 1905.*

Pat. hatte irrthümlich Lauge getrunken. Es entstand eine Strictur am unteren Ende der Speiseröhre, durch die zuerst nur eine 2 mm dicke Sonde hindurchging. Der Zustand konnte durch allmählige Dilatation nur wenig gebessert werden. Es musste daher die Gastrostomie gemacht und die Strictur mittelst des Abbe'schen Verfahrens erweitert werden. Danach wurde die allmählige Dilatation fortgesetzt mit dem Erfolg, dass ein 1 cm dickes Gummibougie permanent getragen werden konnte. Das obere Ende des Bougies lag an der Stelle, wo Pharynx und Oesophagus zusammentreffen; es wurde mittelst Seidenfadens am Ohr befestigt. Ein Jahr später war Pat. immer noch genöthigt, die Sonde zu tragen.

LEFFERTS.

103) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **Mit Thiosinamin behandelter geheilter Fall von Speiseröhrenverengerung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1904.*

17jähriger Patient mit frischer, traumatischer Oesophagusstenose (Vitriol), 13—14 cm von der Zahnreihe entfernt, die für die kleinsten Bougies (3—4 mm) undurchgängig war. Subcutane Injection von je 1 ccm einer 15 procentigen alkoholigen Thiosinamin-Lösung unter die Rückenhaut an jedem dritten Tage — im ganzen 6 Einspritzungen — führte neben entsprechender Sondirung zu vollständiger Heilung.

HECHT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Jankau. Taschenbuch für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Ohrenärzte für 1905/6. IX. Aufl. Seitz u. Schauer München 1905.

Auch die 9. Ausgabe dieses Taschenbuches bringt wiederum eine Reihe von Erweiterungen. So finden sich im anatomischen und physiologischen Abschnitt Kapitel über die Dimensionen der Nebenhöhlen, der Schleimhaut der Nebenhöhlen, über das Krieg'sche Schema der Bildung der Atrophie, Ulceration etc., über die Wirkung des Musc. cricothyreoideus, über die Klänge und Lage der Singstimme. In dem Kapitel „Bakteriologisches" ist die Bakteriologie der Nasenhöhle besonders berücksichtigt. Bei der Differentialdiagnose finden wir neu die Differentialdiagnose zwischen Stirnhirn- und Kleinhirntumoren, die Differentialdiagnose zwischen Krebs, Syphilis und Tuberculose der oberen Luftwege. Im therapeutischen Theil ist das Kapitel: Indication zur Radicaloperation und: Inhalationsapparate neu. Das Personalverzeichniss ist nach Möglichkeit ergänzt.

Seifert.

b) Carl Zarniko. Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der rhinologischen Propaedeutik. Zweite vollkommen neubearbeitete Auflage. S. Karger. Berlin 1905.

Soeben ist der zweite und letzte Theil der zweiten Auflage des Zarnikoschen Lehrbuches erschienen. In der Vorrede entschuldigt sich der Verf., dass er so lange Zeit gebraucht habe zur Fertigstellung seiner Arbeit. Wer die ungeheure Arbeit, die in diesem Lehrbuch steckt, berücksichtigt — es umfasst 740 Seiten und enthält 161 Abbildungen, 5 Tafeln und fast 1700 ausführliche Literaturangaben —, wird gewiss gern die gewünschte Absolution ertheilen und dem Verf. noch obendrein Dank wissen für das, was er uns geleistet hat.

Die zweite Auflage stellt sich als eine so vollkommene Neubearbeitung dar, dass sich die frühere Auflage dazu verhält, wie die Skizze zu einem voll ausgeführten Kunstwerke. Aber so vieles auch in der neuen Auflage verändert sein mag, eins ist unverändert geblieben, und das ist die originelle und frische Art der Diction, die der ganzen Arbeit ein so ausgezeichnetes individuelles Gepräge giebt.

Die Eintheilung des Stoffes hält sich nur zum Theil an das alt hergebrachte Schema. In dem Abschnitt, der die allgemeine Pathologie und Therapie bespricht, sind die Kapitel über die Geruchs-, Stimm- und Sprachstörungen und die Kapitel, die die Beziehungen der Nase zu anderen Organen schildern, durchaus eigenartig. Im vierten und fünften Abschnitt, in denen die Diagnostik und allgemeine Therapie behandelt wird, ist die Beschreibung der verschiedenen Encheiresen von ausgezeichneter Klarheit und Anschaulichkeit. Ob der Verf. erzählt, wie er einen Wattebausch dreht, oder eine complicirte Operation schildert, immer glaubt man das geschickte und anschauliche Wort eines klaren Lehrers zu hören, durch das auch der Ungeübte zu einem zweckentsprechenden Eingriff erzogen wird.

Aus den Kapiteln, die der speciellen Pathologie gewidmet sind, möchte ich die Besprechung der Ozaena besonders hervorheben. Auch hier zeigt sich die Geschicklichkeit und Klarheit Zarniko's im besten Licht. Die verschiedenartigen Auffassungen dieser Erkrankung, all' die Hypothesen und reellen Thatsachen, die zu ihrer Klärung herangezogen worden sind, hat Ref. noch nie in einer so übersichtlichen und anschaulichen Weise zusammengestellt gesehen. Aehnlich wirksam ist die Schilderung der Processe, die Zarniko unter dem Sammelbegriffe der infectiösen Granulome zusammengefasst hat: Tuberkulose, Syphilis, Rotz, Lepra und Sklerom. Bei der Besprechung der Cystenbildung, der Lebewesen in der Nase, der Leukämie etc. bringt Verf. werthvolle Beiträge aus seiner eigenen Erfahrung. Das Kapitel der Neubildungen hat durch die reichen persönlichen Beobachtungen des Verf.'s und durch seine eigenen histologischen Untersuchungen einen besonderen Werth. Die submucöse Fensterresection, wie Verf. sie schildert, scheint mir allerdings durch die Killian'sche Methode überholt zu sein.

Der Darstellung der nasalen Reflexneurose ist ein breiter Raum gewidmet, und auch dieses Kapitel zeigt die geschickte Hand des Verf.'s. Aber man vermisst hier bei mancher heiss umstrittenen Frage eine klare Stellungnahme. Aehnlich geht es bei der Besprechung der Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase. So anschaulich auch hier die Schilderung der einzelnen Krankheitsbilder ist, so klar und geschickt die Beschreibung der einzelnen Operationsmethoden und die kritische Abwägung der einen gegen die andere — die Indicationen, wann zu operiren sei und wann nicht —, hätte meines Erachtens noch schärfer herausgearbeitet sein dürfen. Gerade dieser Punkt scheint mir zur Zeit noch am meisten der Klärung zu bedürfen und das Wort eines jeden objectiven Arbeiters kann hier zu einer verdienstreichen That werden.

Zum Schluss sei noch die vortreffliche Ausstattung des Zarniko'schen Buches und die ausserordentlich anregende Form der Diction hervorgehoben, die sich von dem meist so trockenen Ton vieler anderer Lehrbücher aufs vortheilhafteste abhebt und den Leser durch eine ganz besondere persönliche Nuance festhält.

Wir dürfen dem Verf. zu seiner trefflichen Arbeit unsern aufrichtigen Glückwunsch aussprechen. So gross auch die Zahl ähnlicher Werke ist, das Zarniko-sche Lehrbuch wird immer durch seine Eigenart einen ganz besonderen Platz unter ihnen allen einnehmen. A. Kuttner.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Februar 1905.

Gluck stellt ein Kind vor, bei dem er wegen einer in Folge von Verätzung eingetretenen Obliteration des Oesophagus, eine Magenfistel angelegt hatte. Eine retrograde Dilatation von der Cardia aus erwies sich als unmöglich, die Oesophagoskopie zeigte ebenfalls keinen Weg. Deswegen legte er oberhalb der Stenose eine Fistel an und verband diese mittelst eines Schlauches mit der Magen-

fistel, so dass die per os genommenen Speisen durch ihn in den Magen geleitet werden.

Dann stellt er ein Kind vor, bei dem wegen eines häufigen Pleuraempyems und Lungengangrän einige Rippen und ein Lungenstück resecirt worden ist; das Kind kann bei zugehaltener Nase und geschlossenem Munde retrograd athmen. Er empfiehlt diese Operation bei inoperablen Mediastinalgeschwülsten und anderen die oberen Luftwege in ihren tieferen Theilen stark beeinträchtigenden Erkrankungen, in denen eben die Tracheotomie nichts helfen kann.

Schötz hat einen Pat. beobachtet, bei dem auf dieselbe Weise Oesophagus und Larynx ausgeschaltet war; Pat. konnte aber die Prothese nicht vertragen. Er kann zu solchen Operationen nicht rathen.

Gluck: Man soll diesen Eingriff natürlich nur bei solchen Patienten vornehmen, die damit einverstanden sind.

B. Fränkel: Primum est vivere! Allerdings muss der Kranke, nachdem man ihn genau orientirt hat, selbst die Entscheidung treffen.

E. Meyer fragt, wie bei dem Kinde mit Ausschaltung des Oesophagus der Schluckact vor sich gehe. Die festeren Bissen erfordern doch eine Peristaltik des Schlundrohrs. Oder genügt die vis a tergo? Diese Frage wird von Gluck bejaht.

Katzenstein: Flüssigkeiten werden beim Schluckact heruntergedrückt und durch die Oesophagusperistaltik weiter befördert; feste Bissen werden durch den Kauact ziemlich flüssig.

Hirschmann demonstrirt das normale endoskopische Bild der Oberkieferhöhle und an einer zweiten Patientin einen im Sinus maxillaris liegenden endoskopisch sichtbaren abgebrochenen Theil eines Gummiobturators.

A. Rosenberg zeigt einen Schädel, an dem auf der einen Seite eine nur rudimentäre untere Muschel vorhanden ist; auf derselben Seite sieht man eine sogenannte doppelte Keilbeinhöhle, deren obere eine Siebbeinzelle darstellt. Hinter dem Sinus sphenoidalis liegt noch eine kleine Cellula ethmoid.

Landgraf zeigt die mikroskopischen Präparate eines glatten, blaurothen beweglichen tuberkulösen Ventrikeltumors, den er einer an einer kleinen Verdichtung der linken Lungenspitze leidenden Patientin exstirpirte, deren Kehlkopf sonst vollkommen gesund ist.

Schötz glaubt, dass diese Tumoren nicht so selten sind.

Rosenberg stimmt dem zu und erwähnt zwei selbstbeobachtete entsprechende Fälle. Es handelt sich dabei gewöhnlich um eine tuberculöse Infiltration der Ventrikelwandungen, deren innerer Theil als Tumor aus dem Eingange des Ventrikels herausgedrängt wird. In einem seiner Fälle, in dem ebenfalls ein ganz kleiner Tumor aus dem Sinus Morgagni heraussah, handelte es sich um ein Ventrikelcarcinom.

Grabower sah nach Anwendung von Tuberkulin sich von dem Taschenband einen ähnlichen Tumor entwickeln, der nach weiteren Tuberkulininjectionen wieder verschwand.

B. Fränkel erinnert an einen auf dem internationalen Congress in Paris

vorgestellten, dem Landgraf'schen ähnlichen Fall; dieser Tumor erwies sich später auch als ein tuberkulöser.

Aehnliche Geschwülste können hervorgerufen werden durch ein Carcinom oder Syphilis. A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran

24. bis 30. September 1905.

Meran, am 1. April 1905.

Hochgeehrter Herr.

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Hals- und Nasenkrankheiten

giebt sich die Ehre, Sie zu den Verhandlungen der Abtheilung der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran, die vom 24. bis 30. September 1905 stattfinden soll, ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — bei dem mitunterzeichneten

Dr. Karl Fischer, Meran, Kieserhaus,

anmelden zu wollen. Vorträge, die erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Da auch auf der bevorstehenden Versammlung, wie seit mehreren Jahren wissenschaftliche Fragen von allgemeinem Interesse soweit wie möglich in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen behandelt werden sollen, so bitten wir Sie auch, uns Ihre Wünsche für derartige, von unserer Abtheilung zu veranlassende gemeinsame Sitzungen übermitteln zu wollen.

Die Einführenden:
Dr. Fischer, Meran.
Dr. Juffinger, Univ.-Prof., Innsbruck.

Die Schriftführer:
Dr. Rischawy, Meran.
Dr. Wassermann, Meran.

Verein süddeutscher Laryngologen.

Zwölfte Versammlung zu Heidelberg
am Pfingstmontag.

Programm.

Am Sonntag, den 11. Juni d. J.,

findet zwanglose Vereinigung und Begrüssung der Theilnehmer und ihrer Damen von Abends 8 Uhr ab im Grand Hôtel statt.

Am Montag, den 12. Juni, Morgens $^1/_2$8 Uhr:
Ausschuss-Sitzung.
Um 8 Uhr Beginn der wissenschaftlichen Sitzung
im medic. Hörsaal der Universitätsklinik.

Nach Erledigung der Geschäftssitzung und der unten verzeichneten Vorträge und Demonstrationen wird Mittags 2 Uhr ein

Festessen

im Grand Hôtel die Theilnehmer und ihre Damen vereinigen. Vorausbestellung der gewünschten Couvertzahl wird an Herrn Prof. Jurasz erbeten.

Nach dem Festessen finden unter ortskundiger Führung einzelne

Ausflüge in die nächste Umgebung Heidelberg's

statt.

Für den Abend erbitten sich Herr und Frau Prof. Jurasz das Vergnügen, die Mitglieder und ihre Damen in ihrem Hause, Kaiserstrasse 7, von 8 Uhr ab als ihre Gäste begrüssen zu dürfen.

Avellis,	Prof. Jurasz,	Blumenfeld,
I. Vorsitzender.	Localcomité.	Schriftführer.

Tagesordnung der Geschäftssitzung.

I. Eröffnung durch den Vorsitzenden. Kassenbericht. Wahl des Vorstandes. Neuaufnahmen.

II. Stellungnahme zur Gründung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft.

III. Bericht über die Garcia-Feier in London.

IV. Resolution, betreffend die Organisation laryngologischer resp. oto-laryngologischer Sectionen auf internationalen Congressen und Naturforscherversammlungen.

Angemeldete Vorträge für die XII. Versammlung süddeutscher Laryngologen.

1. Herr Seifert-Würzburg:
   „Nachbehandlung der Adenotomie."
2. Herr Killian-Freiburg:
   Thema vorbehalten.
3. Herr Sänger-Magdeburg:
   „Astmatherapie."
4. Herr Schröder-Cassel:
   „Einfluss der Kieferdehnung auf das Naseninnere."
5. Herr Winckler-Bremen:
   a) „Laryngofissur nach Semon's Vorschriften."
   b) „Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Larynxtuberculose mit Röntgenstrahlen."
6. Herr Avellis-Frankfurt a. M.:
   „Röntgenaufnahmen bei bösartigen Nebenhöhlentumoren." (Demonstration.)
7. Herr Albert Rosenberg-Berlin:
   „Ueber einseitige Stimmbanderkrankungen."
8. Herr Katz-Kaiserslautern:
   „Casuistisches zur Reflexepilepsie in Folge Erkrankung der oberen Luftwege."

9. Herr Hansberg-Dortmund:
   a) „Laryngotomie bei Kehlkopftuberculose."
   b) „Laryngotomie bei einem vier Monate alten Kinde."
10. Herr Hennig-Königsberg:
    „Inhalationstherapie."
11. Herr Kronenberg-Solingen:
    „Ueber einen Fall von Lähmung eines Nervus laryngeus superior."
12. Herr Jessen-Davos:
    „Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht."
13. Herr Richard Hoffmann-Dresden:
    a) „Ein Fall von Hirnabscess nach Stirnhöhleneiterung."
    b) „Ein Fall von Tumor der Trachea."
14. Herr Killian-Worms:
    „Ueber die Eröffnung tiefliegender, seitlicher Zungen- und Pharynxabscesse durch Operation von aussen."

Deutsche Laryngologische Gesellschaft.

Das definitive Programm der am 13. Juni zu Heidelberg abzuhaltenden constituirenden Sitzung dieser neuen Gesellschaft ist uns leider erst so spät zugegangen, dass wir es in Folge von Raummangel nicht in extenso abdrucken können. Aus dem Programm heben wir hervor, dass sich die constituirende Versammlung in erster Linie mit der Stellung der Laryngologie, sowie der künftigen Gestaltung der D. L. G. beschäftigen wird. Der erste auf der Tagesordnung stehende Antrag geht dahin: „die deutsche laryngologische Gesellschaft mit der deutschen otologischen Gesellschaft zu vereinigen" — eine unerwartete Illustration der Actualität des Leitartikels dieser Nummer. — Zweitens wird eine Resolution über die Trennung der Laryngologie von der Otologie auf den internationalen Congressen und Naturforscherversammlungen beantragt werden. — Drittens soll ein Vorschlag zu einem internationalen Laryngologentag gemacht werden und viertens wird Herr Barth einen Antrag stellen, dass den Unterrichtsinstituten nicht zu viel laryngologisches Material durch Ueberweisung an die beabsichtigten Pflegestätten für Tuberkulöse entzogen werden möge. — Es folgt eine Reihe wissenschaftlicher Vorträge, ein zwangloses Diner und ein Ausflug in die Umgebung Heidelbergs.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

// Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, Juli. 1905. No. 7.

I. Die Zukunft der Laryngologie.

Von B. Fränkel, Berlin.

Vortrag gehalten in der ersten Sitzung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft am 13. Juni zu Heidelberg.

Meine Herren!

Wenn ich heute versuchen will, über die Zukunft der Laryngologie zu sprechen, so geschieht dies mit Rücksicht auf die Gründung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft. Denn Betrachtungen über die Zukunft unserer Disciplin sind es gewesen, welche nicht nur mich, sondern wahrscheinlich Sie alle bestimmt haben, bei dieser Gründung mitzuwirken.

Die Laryngologie besteht jetzt beinahe ein halbes Jahrhundert, aber sie ist noch nicht zu der allgemeinen Anerkennung als legitime Specialität durchgedrungen, welche unserer Ueberzeugung nach ihr gebührt. Es giebt zwar eine erhebliche Anzahl von Aerzten, welche sich ihre Jünger nennen und als solche thätig sind. Das kranke Publikum wendet sich in den entsprechenden Fällen mit Vorliebe spontan und von Hausärzten geschickt an Kehlkopfspecialisten und es ist Laryngologen verstattet, als solche bis in die höchsten Kreise hinauf berathend und operativ mit Erfolg thätig zu sein. Auch fordert die deutsche Prüfungsordnung, dass zu dem Nachweise, welchen der Candidat für das Staatsexamen als Arzt beibringen muss, die Bescheinigung gehört, dass er eine laryngologische Klinik oder Poliklinik als Praktikant besucht habe. Das sieht alles sehr herrlich aus und es ist auch etwas, und doch fehlt noch vieles.

Um mit dem Letzteren zu beginnen, so liegt der Unterricht in der Laryngologie an manchen Universitäten in den Händen von Lehrern, die sich selbst vorwiegend als Otologen fühlen und die wir auch als solche betrachten. Zwar wird der otologische und laryngologische Unterricht fast überall in getrennten Vorlesungen erteilt; es ist aber noch die Vorstellung verbreitet, dass diese beiden Disciplinen als Unterrichtsgegenstand füglich in einer Hand vereinigt sein könnten, ebenso wie man früher z. B. den Chirurgen mit der Augenheilkunde oder den Anatomen gleichzeitig mit der pathologischen Anatomie oder der Physiologie betraute. Auch sehen wir, dass fast nirgends in grossen Krankenhäusern besondere

Abteilungen für die Laryngologie eingerichtet werden, selbst wenn man von dem gewohnten Schlendrian der Vorstellung abweicht, dass ein innerer Arzt und ein Chirurg zur Behandlung ausreichend seien. Manche medizinische Fakultät sowohl, wie manche staatliche und städtische Behörde verhält sich der Laryngologie gegenüber spröde oder gar ablehnend. Auch allgemeine medicinische Congresse haben unserer Disciplin die gebührende Anerkennung vielfach verweigert oder wenigstens nicht mit Entgegenkommen gewährt. Unsere allgemein praktizirenden Collegen geben sich und die Ihren zwar gern in unsere Pflege, aber versagen vielfach unserer Disciplin als solcher das legitime Bürgerrecht in der medicinischen Welt, wie dies z. B. der Ophthalmologie oder der Otologie gewährt wird.

Sind diese Thatsachen richtig, so verdient die Untersuchung ihrer Ursachen unsere höchste Aufmerksamkeit. Viele von uns, wie z. B. ich, haben den grössten Theil der Arbeit ihres Lebens der Laryngologie gewidmet. Sollen sie den Spaten niederlegen, ohne zu wissen, dass die Saat, die sie mühsam gesäet, zu voller Frucht aufgeht? Die Frage nach der Zukunft der Laryngologie ist für die Aelteren unter uns zum Theil gleichbedeutend mit der Frage nach der Wirkung ihrer Lebensarbeit. Denn wenn auch die einzelnen wissenschaftlichen Leistungen auf alle Fälle und für alle Zeit in den Speichern der Wissenschaft fruchtbringend aufgehoben sind, so haben wir doch unserer Disciplin so viel Liebe und so intensives Streben gewidmet, dass ein gut Stück von uns dahinginge, wenn dereinst die Fahne der Laryngologie nicht mehr im Winde flattern sollte. Am Baum der Wissenschaft drängt sich Blüt' um Blüte, die eine treibt in Knospe und entfaltet sich zur Blüte, während die andere verwelkt; hat die Laryngologie bereits ihre Blüte hinter sich oder steht ihre volle Blüte erst in der Zukunft bevor?

Die Laryngologie ist eine Specialität. Es ist nicht leicht zu sagen, welche Bedingungen vorhanden sein müssen, um einer Disciplin der Medicin die Berechtigung zum Dasein als Specialität zu verleihen. Die Einen gründen sich auf eine abgegrenzte Organgruppe z. B. Ophthalmologie oder Gynäkologie, andere beschäftigen sich mit dem ganzen Menschen, aber in einem bestimmten Alter, wie z. B. Pädiatrie. Noch andere, wie z. B. Syphilidologie beruhen auf einer Krankheitsursache. Auch lehrt die Geschichte, dass manche Specialitäten nur vorübergehend als solche betrachtet wurden. So forderte z. B. Traube in der Virchowschen „Reform“ in mehreren Artikeln Specialkliniken, d. h. solche, in welchen auscultirt und percutirt würde. Untersuchungsmethoden allein, mögen sie auch noch so mühsam zu erlernen sein, berechtigen aber nicht, aus ihnen eine Specialität zu machen. Dies Recht kann vielmehr erst einer Disciplin zuerkannt werden, wenn sie neben der besonderen Untersuchungsmethode auch therapeutische Eingriffe bedingt, zu deren Erlernung und Anwendung eine besondere Uebung erforderlich ist. Nun ist die Laryngologie als Untersuchungs- und Operationsmethode nicht wie Athene fertig dem Kopf eines Genies entsprungen, sondern von mehreren Autoren erdacht und erfunden worden. Die Untersuchungsmethode ist so wichtig, dass sie wenigstens in ihren Grundzügen von jedem Arzt angewendet werden muss. Aber auch in der Aera des Cocains erfordern die Eingriffe der laryngologischen Lokaltherapie noch so viel Vorübung, dass sie in den Händen

besonderer Specialisten verbleiben müssen. Billigerweise kann der Laryngologie ihre Berechtigung, eine Specialität zu sein, nicht bestritten werden.

Nun ist die Laryngologie kein steriles Gebiet. Betrachten Sie die vorliegenden 16 Bände meines Archivs, so bedarf es weiter keines Beweises für die fruchtbare wissenschaftliche Arbeit in unserer Disciplin. Es wäre übrigens leicht weitere Beweise beizubringen, wenn Zweifel in dieser Beziehung bestehen sollten. Auch für einen Forscher, der nach dem Höchsten strebt, besitzt unsere Specialität noch Aufgaben genug. Allerdings ist die Stellung der Laryngologie, namentlich an den Universitäten noch eine solche, dass ein Cadett, der nach dem Marschallstabe strebt, den regulären Weg, ihn zu erlangen, noch nicht eröffnet sieht. Denn es giebt noch keine ordentliche Professur für Laryngologie.

Für die Stellung der Laryngologie ist ihr Verhältniss zur Otiatrie von grosser Bedeutung. Wir haben mit dieser Disciplin die Nase als gemeinsames Feld. Wenn man nun in seinem Hause mit einem anderen Miether den Flur gemeinsam hat, so giebt dies Berührungspunkte, die nur bei gegenseitiger grosser Rücksichtsnahme nicht zu Misshelligkeiten führen. Die Otiatrie ist durch die Mastoidoperation zu einer vorwiegend chirurgischen Disciplin geworden. Sie hat sich ja immer schon mit dem Hammer beschäftigt, nun aber auch den Meissel in ihre kräftige Hand genommen. Die Beherrschung der Technik verleiht dem Muth und dem Selbstvertrauen ungeahnte Schwingen. Wie überall in den Grenzgebieten unterwirft die Chirurgie ihre zaghafteren Schwestern, und so sehen wir denn, dass vielfach die Otologen das „bischen Kehlkopf" ihrer Wirksamkeit hinzufügen und die Laryngologie mit der Otiatrie verschmelzen wollen.

Man müsste blind sein, wenn man nicht sehen wollte, dass in der Praxis vielfach beide Disciplinen von demselben Arzte ausgeübt werden. Es ist dies aber das Ergebniss rein wirthschaftlicher Verhältnisse. Unsere Zeit steht im Zeichen des Specialismus. Nun bedarf es eines verhältnissmässig geringen Apparats, um die Laryngologie als Specialität zu betreiben. So haben sich vielleicht mehr Aerzte dieser Specialität zugewandt, als von derselben, um mich möglichst deutlich auszudrücken, ernährt werden können. Der wirthschaftliche Kampf wurde erleichtert, wenn man die Otiatrie hinzunahm. Letztere Disciplin mit ihrer chirurgischen Grundlage erleichtert die Einrichtung einer Klinik, in welcher nun auch die Laryngologie ausgeübt werden kann. Der umgekehrte Fall, dass ein Otologe aus ähnlichen Motiven die Laryngologie hinzunimmt, kommt sicher auch vor. Es kann, wie gesagt, nicht verkannt werden, dass beide Disciplinen in der Praxis vielfach gemeinsam ausgeübt werden.

Ebenso können Zeitschriften und Lehrbücher, welche beide Disciplinen umfassen, auf einen grösseren Leserkreis rechnen. Auch ist es vom Standpunkte des Finanzministers zweckmässiger, ein gemeinsames Institut für Laryngologie und Otiatrie zu errichten, als für diese Disciplinen gesonderte Lehrinstitute zu schaffen.

Verfolgen wir die Genesis der Specialitäten historisch, so sind ähnliche äussere und wirthschaftliche Gründe gegen jede derselben geltend gemacht worden. Alle haben sich ihren Platz an der Sonne mühsam im Kampfe gegen die Kirchthurmsinteressen des bestehenden Besitzes erobern und behaupten müssen. Schliesslich haben aber immer die sachlichen Interessen gesiegt und alle in



der Sache liegenden Momente sprechen für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit der Laryngologie.

Schliesslich basiren die Specialitäten auf der Beschränktheit des menschlichen Gehirns und auf der Kürze des menschlichen Lebens. Wer genug Zeit hat und mit dem hinlänglichen Talent versehen ist, kann alle Specialitäten der Medicin erlernen und ausüben. Schade nur, dass die überwiegendste Anzahl der Menschen nicht das Zeug dazu hat, ein solcher medicinischer Mikrokosmus zu werden! Die Meisten müssen sich eben darauf beschränken, im Kleinen Tüchtiges zu leisten und das, was sie an Extensität des Wirkens einbüssen, durch die Intensität ihrer Leistung ersetzen.

Viele Specialitäten haben einzelne Gebiete gemein. Die Neurologie z. B. ist von der inneren Medicin nicht aufgegeben; aber ein innerer Kliniker, welcher aus Liebhaberei vorwiegend Nervenkranke behandelt, begeht sicher einen Fehler, wenn er die Psychiatrie hinzuzunehmen versucht. Ebenso würde ein Gynäkologe unrichtig handeln, wenn er als Specialist Blasen- und Nierenkrankheiten sich annectiren wollte. Auch würden wir einen Pädiater schlecht verstehen, der nun das ganze Gebiet der Infectionskrankheiten seiner Specialität hinzufügen wollte. Diese Beispiele könnten leicht vermehrt werden, sie genügen aber für meinen Zweck. Wenn irgendwo, so gilt für den Specialisten der Satz: In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister.

Die Otiatrie ist, wie gesagt jetzt in ihrem eigentlichen Wesen eine chirurgische Disciplin. Will sie expansiven Tendenzen nachgeben, wie dies vielfach geschieht und in der Natur der Sache begründet ist, so wird sie sich zur Hirnchirurgie entwickeln. Würde sie die Laryngologie resorbiren, oder mit ihr ein Schutz- und Trutzbündniss schliessen, so würde aus dem Otiater ein Kopf- und Halschirurg werden.

Die Laryngologie dagegen hat ihre angeborene Farbe nicht aufgegeben. Wenn sie auch chirurgisch inficirt ist, so ist sie doch in ihrer eigentlichen Seele eine nach Seiten der inneren Medicin gravitirende Disciplin. Zudem ist sie auf die Respirationsorgane hingewiesen, und unser College Killian hat durch seine glänzende Erfindung der Bronchoskopie den Weg gewiesen, auf welchem sie fortschreiten kann und muss. Die Bronchoskopie ist eine Untersuchungs- nnd therapeutische Methode, welche in absehbarer Zeit in specialistisch geübter Hand verbleiben wird, und der unumstösslichste Beweis der Berechtigung der mit ihr verbundenen Laryngoskopie zum dauernden erfolgreichen Dasein.

Es giebt Spazierstöcke, welche in Folge kniffologischer Erfindungskunst in ein Fernrohr umgewandelt werden oder als Angelruthe benutzt werden können. Wenn man derartige Zwitterbildungen genauer betrachtet, so sind sie ganz weder das eine noch das andere, weder ein guter Stock, noch ein gutes Fernrohr oder eine brauchbare Angelruthe. Institute, welche gleichzeitig dem laryngologischen und dem otiatrischen Unterricht dienen, gleichen manchmal solchen Werkzeugen, die gleichzeitig zweien Herren dienen. Für uns Laryngologen ist dabei das besonders bemerkenswerth und traurig, dass gewöhnlich die Laryngologie es ist, welche nothleidet und zum Nebenfache wird. Denn auch hier gilt der

vorher erwähnte Erfahrungssatz, dass meistens die chirurgische Disciplin schliesslich überwiegt.

Ich habe mein ganzes Leben lang mich bemüht, den Fortschritten der Wissenschaft beizubleiben und glaube, dass ich, wenn überhaupt, so doch nicht weit zurückgeblieben bin. Seit 40 Jahren beschäftige ich mich mit der Laryngologie. Wenn ich meine Erfahrungen sammle und in meiner innersten Seele lese, so muss ich es als einen Glaubenssatz aussprechen, es wäre ein Unglück für die Laryngologie, wenn sie als Disciplin mit der Otiatrie vereint würde. Mag sie in der Praxis immerhin gemeinsam ausgeübt werden, als Disciplin muss sie selbstständig bleiben oder sie wird untergehen.

Wenn aber jetzt, nachdem die Laryngologie ein halbes Jahrhundert lang bestanden hat, immer noch wieder die Frage nach ihrer Existenzberechtigung aufgeworfen werden kann, so müssen wir darüber nachdenken, ob wir in Wirklichkeit für unsere Specialität unsere ganze Schuldigkeit erfüllt haben. Wir haben in ihrem Dienst gearbeitet und ihr Haus theoretisch und practisch auszubauen gestrebt. Aber wir waren von der Vorstellung befangen, dass wir uns nicht vom Allgemeinen trennen dürften und haben dieser Vorstellung über Gebühr nachgegeben. Ich bitte mich nicht misszuverstehen: Niemand ist wohl mehr als ich von der Ueberzeugung durchdrungen, dass Specialitäten sich mit dem Geist der Gesammtmedicin zu durchdringen haben, dass sie nie vergessen dürfen, dass es der kranke Mensch ist, dessen Pflege auch ihrer Einzeldisciplin obliegt, dass sie die Gesetze und Regeln der Gesammtmedicin durchaus beherrschen müssen, um sie in ihrem besonderen Falle anzuwenden. Der Specialist darf kein Staarstecher werden, er muss Arzt bleiben, welcher sich auf die Wirksamkeit in einem Theile der Gesammtmedicin mit Vorliebe beschränkt. Wir haben aber darüber hinaus uns immer an das Ganze auch in practischen Dingen ohne Rücksicht auf die Interessen unserer Specialität angeschlossen und letztere immer untergeordnet in der Hoffnung, dass die Gesammtheit ihr treues kleines Kind nicht vernachlässigen und ihm sein Recht auch ohne sein Zuthun wahren werde. Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Hoffnung trügerisch war. Es hat es ein Jeder so gut als er es verdient, und wenn wir uns nicht selbst durchaus als selbstständige Specialität betrachten und fühlen, werden wir auch von den anderen nicht als solche anerkannt werden. Ich erachte deshalb die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Laryngologie als einen wesentlichen Schritt, die Zukunft unserer Specialität zu sichern. Divide et impera ist ein alter Satz. Auch seine Umkehrung ist richtig: Seid einig, Laryngologen, damit ihr selbstständig bleibt!

II. Internationale laryngologische Zusammenkünfte.

Seit unserem letzten Bericht über diese Frage haben, soweit bekannt, folgende laryngologische Gesellschaften zu derselben Stellung genommen:

1. Die holländische Gesellschaft für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten hat, wie uns der Secretär, Dr. Burger, mittheilt, einstimmig beschlossen:

„Unsere Gesellschaft kann an keinem Internationalen Medicinischen Congresse theilnehmen, wo unserer Specialität im Vergleich zu den anderen Zweigen der Medicin eine untergeordnete Stellung zugewiesen ist. Wir können die Bildung zweier separater Sectionen (Laryngologie, Otologie), ebenso wie die Bildung einer combinirten Section mit zwei Abtheilungen (Laryngologie, Otologie), aber keinesfalls eine Verbindung mit der Stomatologie acceptiren".

2. Die Resolution der Berliner Laryngologischen Gesellschaft lautet folgendermassen: „Die Gesellschaft beschliesst, für die Laryngologie eine besondere Section zu verlangen. Ist dies nicht zu erreichen, so würde die Gesellschaft die Concession machen, mit den Otologen in einer Section, aber in zwei gesonderten Subsectionen zu tagen. Wenn sich das Organisationscomité dagegen ablehnend verhält, so soll sich kein Mitglied der Gesellschaft an der gemischten Rhino-laryngo-otologischen Section betheiligen." (Die Resolution ist einstimmig gefasst.)

3. Die süddeutsche laryngologische Gesellschaft hat ihre vor dem Pariser internationalen medicinischen Congress formulirte Resolution (vgl. Centralblatt Bd. XV. p. 342) einfach bestätigt.

4. Die neubegründete deutsche laryngologische Gesellschaft hat einstimmig folgenden Beschluss gefasst:

„Die Deutsche laryngologische Gesellschaft verlangt die Bildung einer eigenen laryngologischen Section, widrigenfalls sich ihre Mitglieder an der Section nicht betheiligen wollen."

5. Aus einem Brief des Vorsitzenden der Wiener laryngologischen Gesellschaft, Prof. Chiari, an den Vorsitzenden der deutschen laryngologischen Gesellschaft, Excellenz Moritz Schmidt, der bei der Gründungssitzung der letzteren verlesen wurde, geht hervor, dass die Wiener laryngologische Gesellschaft sich mit dem höflichen Ersuchen an das Lissaboner Comité gewendet hat, eine eigene Section für die Laryngologie einrichten zu wollen, von demselben aber bestimmt abschlägig beschieden worden ist.

Noch sei erwähnt, dass einer bei derselben Sitzung gemachten Mittheilung zufolge die deutsche otologische Gesellschaft bei ihrer soeben in Homburg stattgehabten Sitzung beschlossen hat, eine Theilnahme an dem Lissaboner Congress unter den obwaltenden Umständen abzulehnen.

Endlich hat sich das Lissaboner Organisationscomité gemüssigt gesehen, eine Erklärung abzugeben, die in seinem officiellen Bulletin vom 23. Mai bezeichnend genug unter der Rubrik: „Petites Nouvelles" anonym veröffentlicht und deren Inhalt so reich an irreführenden Ungenauigkeiten ist, dass wir es für unsere Pflicht halten, sie in toto abzudrucken, um unseren Lesern zu zeigen, in welcher Weise dem mit der Sachlage nicht vertrauten allgemeinen ärztlichen Publikum, welchem dieses „Bulletin Officiel" zugesandt wird, die zwischen dem Organisationscomité und den Laryngologen und Otologen der Welt schwebende Frage in dem „officiellen" Organ des Organisationscomités dargestellt wird:

Petites Nouvelles.

„Dans le *Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften* que nous venons de recevoir de la part de Sir Felix Semon, l'illustre laryngologiste anglais publie un article très vif où il

déclare avoir perdu la patience lors de la décision du XV-ème Congrès d'établir une seule section pour la Laryngologie, la Rhinologie et l'Otologie. Il décrit ses efforts, 25 ans durant, pour obtenir dans tous les Congrès internationaux de Médecine une section indépendante pour la Laryngologie. Et enfin il fait voir que les laryngologistes qui se sont réunis à Londres à propos du jubilé de Garcia ont pensé à un Congrès international de la spécialité; seulement les avis se sont partagés, si l'on devrait faire un Congrès indépendant, ou bien fusionner le Congrès de Laryngologie avec le Congrès d'Otologie déjà existant. Nous ne croyons pas devoir suivre Sir Semon dans la colère qu'il a déchaînée contre le Congrès de Lisbonne et qui a été son „premier mot adressé au Comitée exécutif dont il a accusé" l'étroitesse de vues dans une lettre que nous ne savions pas destinée à la publicité et où il présentait sa démission au Comité national pour la Grande Bretagne et l'Irlande. Nous ne voulons que relever les faits indiqués plus haut comme étant de nature à atténuer la culpabilité du Comité de Lisbonne et beaucoup d'autres qui démontrent comme c'est une affaire courante celle du rapprochement des trois spécialités."

„D'abord les Sociétés d'Oto-Rhino-Laryngologie qui sont nombreuses (Breslau, Copenhague, Etats-Unis, Paris, Londres, Rome, Amsterdam, Moscou; pour la seule Oto-Laryngologie Cincinnati, Budapest). Ensuite, les journaux qui pour les trois spécialités en commun paraissent à Bruxelles, Baltimore, St. Louis, Londres, Bordeaux, Paris (deux journaux). Même le journal de Sir Felix Semon ne laisse pas de comprendre l'Otologie, vu qu'il s'adresse à la Laryngologie, à la Rhinologie et aux sciences apparentées. — Enfin, l'exemple d'autres Congrès n'est pas moins justificatif de la décision du Comité de Lisbonne: il faut voir, par exemple, la British Medical Association qui dans sa prochaine réunion annuelle (la 73-ème, Leicester) aura une seule section pour la Laryngologie, l'Otologie et la Rhinologie. C'est l'Association dont l'organe est le British Medical Journal, le même qui nous adressait dernièrement un article sur la question, écrit dans une teinte aussi similaire à ceux de Sir Felix Semon qu'on les dirait tous jaillissant d'une même source. Voilà de quoi justifier la conduite du Comité de Lisbonne. Tout au moins elle est plus justifiée que celle de Sir Semon par la vivacité de son langage et de sa façon de procéder. D'autant plus que, selon l'importance du travail à faire, les séances seront partagées, lors du Congrès, entre les trois spécialités, desquelles on pourrait même faire des sous-sections. Le but poursuivi par le Comité exécutif a été d'éviter toute confusion dans le Congrès et partant de réduire autant que possible le nombre des sections. La multiplicité des sections, ainsi que le dit le prof. Waldeyer dans la *Berliner medicinische Wochenschrift,* ne fait qu'augmenter la tâche des organisateurs, en spécial le travail du secrétariat général qui ne pourrait être simplifié qu'en faisant comme à Moscou, où les sections étaient à peine au nombre de 12. En tout cas, cette affaire d'expédient du Congrès n'a rien à faire avec la dignité de telle ou telle spécialité. Nous les respectons toutes, nous les plaçons à la hauteur qui leur est due dans le domaine de la médecine, à commencer par la Laryngologie, avec son illustre représentant, Sir Felix Semon."

Es wäre ganz zwecklos, die Ungenauigkeiten dieser Darstellung eingehend zu widerlegen. Einerseits kennen die Leser des Centralblatts die wirkliche Sachlage, anderseits würde die Widerlegung der irreführenden Schilderung denjenigen Leserkreis nicht erreichen, für welchen die Darstellung des „Bulletin Officiel" geschrieben ist. Ich begnüge mich daher in aller Kürze folgende Thatsachen zu constatiren:

1. Im allerersten Satze entstellt der anonyme Vertheidiger des Organisationscomités die Sachlage radical, indem er von einer „Section" für Laryngologie, Rhinologie und Otologie spricht. Der Protest der Laryngologen galt zunächst den Versuchen, uns mit den Zahnärzten in einer Section zu verschmelzen, sodann der Creirung einer Subsection für Laryngo-Oto-Rhinologie. Auch heute noch besteht letztere, wie aus Seite 43 derselben Nummer des „Bulletin Officiel" hervorgeht, in welcher unter „Petites Nouvelles" auf Seite 37 von einer „Section" gesprochen wird.

2. Nicht ich habe den „Zorn entfesselt" gegen den Lissaboner Congress, sondern das Organisationscomité hat diesen Zorn durch sein Vorgehen mit Nothwendigkeit heraufbeschworen.

3. Wenn der Anonymus von einem „ersten Wort" spricht, das ich an das Organisationscomité gerichtet hätte, so ist das ebenfalls ganz irreführend. Ich habe mich niemals an die Congressleitung direct gewandt, weil ich, wie ich dies in meinem Demissionsbrief an den Präsidenten des Britischen Vorbereitungscomités wörtlich gesagt habe (vergl. Centralblatt, Januarnummer 1905, Seite 45) es für „unter meiner Würde hielt, eine weitere Modification der Beschlüsse des Lissaboner Comités zu beantragen." Meinen Artikel im Briefkasten der Aprilnummer des Centralblatts, auf den sich der Anonymus bezieht, habe ich dem Herrn General-Secretär nur zugesandt, weil ich erfahren hatte (vergl. 196 des Centralblatts) dass sich derselbe darüber beklagt hatte, dass ich die Lissaboner Autoritäten „angegriffen" hätte, ohne sie hiervon in Kenntniss zu setzen, und weil ich jeden Grund zu weiteren ähnlichen Beschwerden zu vermeiden wünschte. Aus demselben Grunde werde ich dem Herrn General-Secretär auch diesen Artikel zusenden.

4. Völlig unverständlich ist es mir, wie das Organisations-Comité behaupten kann, es habe nicht gewusst, dass mein Demissionsbrief „für die Oeffentlichkeit bestimmt" sei, während das Postscriptum wörtlich lautete: „Dieser Brief ist nach keiner Richtung hin privat". („This letter is in no sense a private one".)

5. Die Aufzählung von Gesellschaften und Journalen, welche sowohl der Laryngologie wie der Otologie gewidmet sind, berührt die vorliegende Frage nicht. Denn abgesehen davon, dass eine grosse Anzahl gerade der wichtigsten und einflussreichsten Journale und Gesellschaften, deren Namen freilich von dem Anonymus nicht gegeben wurden, ausschliesslich laryngologischen*) oder otologischen Zwecken dienen, liegt die Sache so, dass sich das Organisationscomité beim Beginne seiner Thätigkeit gegenüber den von der grossen Majorität der Angehörigen

*) Dass zu den „Verwandten Wissenschaften", von denen im Titel des Centralblatts die Rede ist, die Otologie nicht gehört, weiss jeder Leser des Blattes. — Die gegentheilige Insinuation des Anonymus ist wirklich schwer verständlich und ebenso schwer verzeihlich.



beider Specialität bestätigten Pariser Beschlüssen (Centralblatt 1905, Seite 45) befand, wonach dieselben die Einrichtung zweier gesonderten Sectionen verlangten, und dass es diese zu Recht bestehende Beschlüsse einfach ignorirt hat.

6. Ebensowenig zutreffend ist der Vergleich der Verhältnisse eines internationalen Congresses mit denen einer alljährlich stattfindenden nationalen Versammlung, wie der British Medical Association. Wenn bei diesen nationalen Vereinigungen das Material für zwei Sectionen nicht ausreicht, so wird kein verständiger Mensch etwas gegen ihre Vereinigung bei solchen Gelegenheiten einzuwenden haben. Gerade umgekehrt aber liegt die Sache bei den internationalen Congressen, wo — wie so oft in diesem Blatte ausgeführt worden ist — das Material jeder der beiden schon bisher bestehenden Sectionen fast ausnahmslos so gross gewesen ist, dass es manchmal nur mit Mühe, manchmal garnicht vollständig bewältigt werden konnte.

7. Der Artikel im British Medical Journal stammt nicht aus meiner Feder. Es gereicht mir aber zur Genugthuung, dass meine Darlegung der Verhältnisse die Redaction des weit verbreiteten englischen medicinischen Blattes von der Gerechtigkeit der Forderungen der Laryngologie überzeugt und sie veranlasst hat, auch vom allgemeinen Standpunkte für dieselbe einzutreten.

8. Die unbestimmten Versprechungen hinsichtlich weiterer Theilung der Specialitäten beim Congresse selbst und die Angabe: dass der Zweck der beliebten Eintheilung der gewesen sei, „Confusion“ zu vermeiden, richten sich selbst. Es ist die Aufgabe eines Organisationscomités, um Confusion zu vermeiden, vorher zu organisiren, nicht während der Dauer des Congresses selbst Aenderungen vorzunehmen, die mit grösster Wahrscheinlichkeit Confusion herbeiführen werden.

9. Dass der Anonymus aus dem Artikel Prof. Waldeyer's, der so warmherzig die Forderung der Laryngologie unterstützt, den einen Satz citirt, der aus dem Zusammenhange gerissen, in gegenseitigem Sinne gedeutet werden könnte, ist bezeichnend für die Zuverlässigkeit und die Tendenz des Vertheidigers des Organisationscomités.

10. Wenn schliesslich uns wiederum versichert wird, dass diese „Affaire d'expédient“ des Congresses nichts mit der Würde dieser oder jener Specialität zu thun hätte, und dass das Organisationscomité sie alle respectire, so ist das, gerade herausgesagt, eine inhaltlose Phrase gegenüber der thatsächlichen Behandlung, die man der Laryngologie und Otologie hat angedeihen lassen. Das Organisationscomité hat uns zunächst mit den „Stomatologen“ zusammengeworfen, und dann ohne die geringste innere Nothwendigkeit uns in die Stellung einer Subsection verwiesen, während allen anderen anerkannten Specialitäten der Rang einer vollen Section zu Theil geworden ist. Warum dieses Vorgehen beliebt worden ist, ist nicht leicht zu sagen. Vermuthlich ist zunächst der von dem Comité selbst angegebene Grund bestimmend gewesen, dass es gewünscht hat, die Anzahl der Sectionen möglichst zu reduciren. Sodann dürften auch locale Gründe eine Rolle dabei gespielt haben. Wie dem aber auch sei, so wäre es sicher das Richtige gewesen, als das Comité auf den einmüthigen Widerspruch der Betheiligten stiess, das begangene Versehen wieder gut zu machen, und, wie Waldeyer das

so richtig ausgedrückt hat: „den Sectionsvorträgen zufriedengestellte Vortragende und aufmerksame Hörer, sowie die Möglichkeit einer eingehenden Discussion zu verschaffen“, nicht aber sich eigensinnig in die Beharrung bei den einmal gefassten Beschlüssen zu verbeissen.

Das Gesammtresultat der Unificationsbestrebungen des Lissaboner Comités wird nunmehr einfach das sein, dass es ihm gelungen ist, eine anerkannte Specialität, die bisher im Rahmen der allgemeinen Congresse Tüchtiges geleistet hat, aus diesem Congress vollständig herauszudrängen. Denn welches auch unsere inneren Differenzen über die Räthlichkeit oder Unräthlichkeit der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei diesen Gelegenheiten sein mögen, — darüber sind wir uns alle einig, wie die sämmtlichen bisher gefassten Resolutionen der Specialgesellschaften gezeigt haben, dass wir uns eine untergeordnete Stellung nicht gefallen lassen, und an der von den Lissaboner Herren decretirten Subsection nicht Theil nehmen werden.

Die Frage, was nunmehr geschehen soll, um internationale Zusammenkünfte der Laryngologie zu ermöglichen, ist vorderhand durch eine Einladung der Wiener Laryngologischen Gesellschaft vereinfacht worden. Dieselbe hatte zunächst beschlossen, im Jahre 1908 eine Türckfeier zu veranstalten und hat diesen Beschluss sehr zufriedenstellender Weise kürzlich darin ausgedehnt, dass die Feier nicht nur den Manen Türck's, sondern auch denen Czermak's dienen solle. Gleichzeitig aber ist die Frage angeregt worden, ob diese intime Feier nicht zu einem internationalen Congresse erweitert werden solle. Die Gesellschaft hat sich mit einer bezüglichen vertraulichen Anfrage an die anderen laryngologischen Gesellschaften der Welt gewandt, und sind wir heute schon in der Lage, mittheilen zu können, dass der Vorschlag die Zustimmung der Londoner und der neubegründeten Deutschen Laryngologischen Gesellschaft gefunden hat. Es steht zu hoffen, dass auch die anderen laryngologischen Gesellschaften der Welt die Einladung bejahend beantworten werden, und dass uns bei dieser Zusammenkunft die Gelegenheit geboten werden wird, uns über die künftige Gestaltung unserer internationalen Zusammenkünfte zu verständigen. Dass es einer solchen Verständigung dringend bedarf, geht aus den in dieser Nummer veröffentlichten Aeusserungen Professor B. Fränkel's und Dr. Burger's hervor, in welchem sich die diametral verschiedenen Anschauungen der jüngeren und der älteren Schule deutlich wiederspiegeln.

Persönlich möchte ich die Frage nicht allein auf Grund sentimentaler Erwägungen entschieden wissen, so sehr ich auch Dr. Burger's warmherzige Rücksicht auf verdiente ältere Fachgenossen zu schätzen weiss. Meines Erachtens nach sollte die Erwägung maassgebend sein, dass bei diesen seltenen internationalen Zusammenkünften Gelegenheit geboten werden muss, das gesammte zur Verfügung gestellte Material erschöpfend zu erledigen. Geschieht das in der Weise, dass in Zukunft internationale laryngologische Congresse periodisch ebenso tagen, wie gegenwärtig die otologischen Congresse, so wäre die Frage in einfachster Weise gelöst; verschliessen sich aber, wie dies zu hoffen steht, die Organisationscomités künftiger allgemeiner medicinischer Congresse nicht der Einsicht, dass es im Interesse der Gesammtwissenschaft liegt, den Laryngologen und Otologen im

Rahmen der grossen Congresse von Neuem eine würdige Stellung zu gewähren, so werden wir uns gewiss darüber verständigen können, ob es wünschenswerth sei, wie bisher, zwei getrennte, aber harmonisch zusammenarbeitende, wohl organisirte Sectionen zu verlangen, oder nach dem Burger'schen Vorschlage, eine combinirte oto-laryngologische Section zu beanspruchen, die dann wieder in zwei Subsectionen zu zerlegen wäre. Felix Semon.

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **L. Réthi** (Wien). **Betrachtungen anlässlich des hundertsten Geburtstages Garcia's.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1905.*

Würdigung der Bedeutung Garcia's für die Laryngologie und Betrachtungen über die Entwickelung der Laryngologie und ihre Beziehungen zum Gesangsunterricht. HECHT.

2) **John W. Farlow. Manuel Garcia.** *Boston Medical and Surgical Journal. 20. April 1905.*

Verf. giebt in dem anlässlich Manuel Garcia's hundertjährigem Geburtstage erschienenen Artikel einen Ueberblick über die vor diesem gemachten Versuche, beim Lebenden den Kehlkopf der Untersuchung zugänglich zu machen. Er meint, es würde unpatriotisch sein, folgende wahrscheinlich unbekannte Thatsache nicht zu erwähnen: Im Januar 1858 gab Dr. Ephraim Cutter in Woburn, Massachussetts, in Verbindung mit G. B. Clark in Cambridge, dem bekannten Verfertiger von Linsen und Teleoskopen, ein Laryngoskop an, das dem von Bozzini ähnlich war. Es bestand aus zwei Tuben, einer zur Beobachtung und einer zur Beleuchtung, und am pharyngealen Ende befand sich ein Prisma, um die Lichtstrahlen in den Kehlkopf zu concentriren. F. weiss nicht, ob dieses Laryngoskop jemals benutzt wurde. Er stellt folgende Sätze auf: Bozzini war der erste, der die Aufmerksamkeit darauf lenkte, wie wichtig es sei, in die verschiedenen Körperhöhlen Licht zu werfen und dem dies in gewissem Umfange gelang. Babington war in gewissem Sinne der Erfinder der Laryngoskopie. Baumès, Liston und Warden und Avery machten augenscheinlich unabhängige Versuche, den Kehlkopf zu untersuchen. Garcia hat das Verdienst, zuerst ausgedehnte methodische Untersuchungen des gesunden Kehlkopfes gemacht zu haben. Czermak gebührt der Ruhm, die Kenntniss der Methode verbreitet und sie bei Krankheiten angewandt zu haben.

Die Tuben und Specula hatten keinen practischen Erfolg. Die Spiegel Babington's und Liston's und der Beleuchtungsapparat von Avery unterschieden sich nicht so sehr von unseren heutigen Apparaten. Vor Garcia jedoch gab es keine Kenntniss des Kehlkopfes, keine Literatur. Es folgt eine eingehende Würdigung der Verdienste Manuel Garcia's. EMIL MAYER.

3) **Urbano Melzi. Statistik der Krankenbewegung und der ausgeführten Operationen in der Rhinolaryngiatrischen Ambulanz des Istituto di S. Corona beim Ospedale Maggiore in Mailand 1901—1903. (Quadro statistico del movimento degli ammalati e delle operazioni eseguite nell'Ambulanza Rhinolaringoiatrica del Pio Istituto di S. Corona presso l'ospedale Maggiora di Milano nel triennio 1901—1903.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio etc. November 1904.*

Die Zahl der behandelten Kranken betrug 30476, die der ausgeführten Operationen 1075.

FINDER.

4) **Stufler. Klinisch-statistischer Bericht. (Rendiconto clinico-statistico.)** *Arch. di Otologia. V—VI. 1904.*

Der Bericht stammt aus der Gradenigo'schen Privatklinik für Hals, Nasen- und Ohrenkranke in Turin. Die Zahl der klinischen Patienten betrug vom 29. Januar 1900 bis 31. December 1366, die Zahl der ambulant behandelten vom 15. März 1901 bis 30. März 1904 betrug 3103.

FINDER.

5) **Eugen Pollak** (Prag). **Zur Lehre vom Husten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 12. 1904.*

Autor bespricht die verschiedenen Auslösungsorte des Hustens, erwähnt den „Nasen-, Rachen-, Magen-, Uterin- etc. Husten" und verbreitet sich dann eingehend über den Ohrhusten, und zwar zunächst über die hustenempfindlichen Stellen des äusseren Gehörganges, unter eingehender Erörterung der anatomischen, physiologischen und pathologischen Verhältnisse. Anschliessend berichtet Autor über 3 Fälle von „endotympanalem oder Paukenhöhlen-Husten", in denen der Husten von der medialen Wand der Paukenhöhle ausgelöst wurde, und knüpft hieran eingehende physiologische und pathologische Betrachtungen, die sich zu kurzem Referate nicht eignen.

HECHT.

6) **J. N. Langley. Ueber das sympathische System der Vögel und die Muskeln, die zur Bewegung der Federn dienen. (On the sympathetic system of birds and on the muscles which move the feathers.)** *Journ. of Physiol. XXX. 3/4. p. 221.*

Aus der eingehenden Untersuchung interessirt hier, dass Reizung des Halssympathicus Blässe der Schleimhaut des Mundes, Contraction der Hautgefässe des Halses, Blässe der Schleimhaut der Nase, geringe Retraction der nasalen Schleimhaut verursacht.

J. KATZENSTEIN.

7) **E. Mongardi. Experimentelle Untersuchungen über die Rhino-oro-pharyngeale Infection. (Esercitazioni sperimentali sulla infezione rino-oro-faringea.)** *Arch. Ital. di Otologia. III. 1904.*

Verf. hat verschiedene Arten von Staphylokokken und Streptokokken, die zumeist von eitrigen Processen in den oberen Luftwegen, z. B. Peritonsillitiden, herstammten, in Reincultur gezüchtet und Hunden und Kaninchen auf die Schleimhaut der Nase, des Mundes, der Tonsillen, der Oberkieferhöhle etc. gebracht. Es zeigte sich, dass die Eitererreger selten über den peripharyngealen Lymphring hinausdringen und dass die Infection am schwersten ist, wenn sie in die Tonsillen

hineingebracht werden. Vielleicht werden in den Lymphorganen die Eitererreger und besonders die Streptokokken allmälig von den Phagocyten vernichtet, indem zuerst die weniger resistenten zu Grunde gehen, während die stärksten einen hohen Grad von Virulenz erreichen und sehr giftige Toxine produciren. Daran schliessen sich Untersuchungen über die chemotactischen Wirkungen der verschiedenen Eitererreger.

FINDER.

8) **Wm. H. Park. Die Bakteriologie von Erkältungen und Grippe. (The bacteriology of colds and grip.)** *N. Y. Medical Record. 18. März 1905.*

Eine der Hauptschwierigkeiten der Untersuchung bestand darin, dass in den oberen Luftwegen von fast allen in New York City lebenden Personen sich die Bakterien fanden, denen eine ätiologische Rolle bei Grippe und Bronchitis zugesprochen wird. Pneumokokken und Streptokokken fanden sich stets im Rachenschleim und auch Influenzabacillen konnten häufig isolirt werden. Es war anzunehmen, dass bei einer Entzündung der Schleimhäute diese Mikroorganismen an Zahl und Virulenz wachsen, jedoch war es sehr schwer, das zu demonstriren. P. kommt zu der Annahme, dass die unter gewöhnlichen Umständen in unserem Rachen sich indifferent verhaltenden Mikroorganismen zu Krankheitserregern werden, wenn die natürliche Widerstandsfähigkeit der Gewebe durch Erkältung herabgesetzt wird. Es ist auch wahrscheinlich, dass bei demselben Mikroorganismus während einer Infection eine Steigerung der Virulenz eintritt und das derselbe, wenn auf einen anderen Hals übertragen, nun mehr geeignet ist, die Krankheit zu erregen, als die in diesem Hals existirenden Mikroorganismen. Bei einer Epidemie wird die Virulenz durch häufige Uebertragungen so gesteigert, dass bei einer gewissen Anzahl von Individuen schon durch die einfache Ansiedelung des Mikroorganismus auf die Schleimhaut die Krankheit hervorgerufen wird. Die Thatsache, dass Pneumokokken, Streptokokken und Influenzabacillen gewöhnlich zusammen vorkommen, macht es schwierig, zu entscheiden, welche ätiologische Rolle jede einzelne von ihnen in einem gegebenen Falle spielt. Aus der Symptomatologie ist diese Frage gleichfalls unentscheidbar. Im Allgemeinen haben die bakteriologischen Untersuchungen in diesen Fällen mehr ein wissenschaftliches, als ein practisches Interesse.

LEFFERTS.

9) **Preobrashenski. Von der Bedeutung der Nase und des Rachens für die Ohren. (O snatschenii nosa i glotki dlja uschei.)** *Wratsch. Gazema. No. 16. 1904.*

P. fand unter 346 Ohrenkranken 144 mit Affectionen der Nase und des Rachens, d. h. in 40,16 pCt. In 73 pCt. dieser Fälle trat Besserung resp. Heilung der Ohren durch Behandlung der Nase und des Rachens ein. Die Folgerungen aus dieser Erfahrung sind folgende:

1. Bei der Ohrenbehandlung wurden bisher Nase und Rachen nicht genügend beobachtet.
2. Geringe Affectionen der Nase und des Rachens sind für die Ohren nicht weniger gefährlich als hochgradige.
3. In sehr vielen Fällen muss nicht das Ohr, sondern das Nachbarorgan behandelt werden.

P. HELLAT.

10) Gluck. **Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Kehlkopfes, Pharynx-Oesophagus und der Trachea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3 u. 4. 1904.*

Die höchst interessanten Mittheilungen Gluck's gestatten leider wegen der vielen Details hier keine ausführlichere Besprechung, doch sollten dieselben sowohl vom chirurgisch-technischen als auch therapeutischen Standpunkte aus genauer im Original studirt und so Gemeingut aller Laryngologen werden, zumal Gl. mit den einfachsten Mitteln und Methoden Erfolge erzielte, die man bisher nicht für möglich gehalten hatte; zur Erläuterung des Gesagten dienen 5 Tafeln mit vortrefflichen Abbildungen.

SCHECH.

11) Louis Henry (Melbourne). **Zahncaries ein Pacter in der Entstehung von Krankheiten. (Dental decay a factor in the production of disease.)** *Australasian Medical Gazette. November 1904.*

Verf. führt zahlreiche Beispiele von Fällen an, in denen septische Zustände in der Mundhöhle auf Vernachlässigung der Zähne zurückzuführen waren. Er berichtet ferner über einen Fall von Gastro-Enteritis und peripherer Neuritis an beiden Beinen, der nach 18monatlicher Dauer des Leidens durch Beseitigung der cariösen Zähne völlig geheilt wurde.

A. J. BRADY.

12) Delie (Ypres). **Einige schwere Fälle von Nasen- und Mundsyphilis. (Quelques cas graves de syphilis nasale et buccale.)** *La Presse Oto-Laryngol. Belge. No. 9. 1904.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft, Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER.

13) W. F. Chappell. **Die Affectionen der lymphatischen Organe der oberen Luftwege bei Kindern. (The lymphoid affections of the upper air tract of children.)** *N. Y. Medical News. 14. Januar 1905.*

Verf. bespricht mit besonderer Ausführlichkeit die Hypertrophie der Gaumen- und Rachentonsillen. Bei ersteren weist er auf die Wichtigkeit der oft übersehenen Vergrösserung der Tonsille im frontalen Durchmesser hin. Verf. operirt unter allgemeiner Anästhesie, und zwar verwendet er bei Kindern über 3 Jahren Gas und Aether; bei jüngeren Kindern gebraucht er zur Einleitung der Narkose Chloroform, zur weiteren Narkose Aether, während er Chloroform allein für gefährlich hält.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) Alexander Strubell (Dresden). **Ueber Statistik der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 461.*

Auf Prof. Chiari's Klinik wurden unter den ambulanten Fällen der Jahre 1899 bis 1902 (Ende Mai) diagnosticirt unter 271 Empyemen 77 der Kieferhöhle, 154 der Stirnhöhle, 22 der Sieb- und Keilbeinhöhle und 18 combinirte. In der Klinik wurden in derselben Zeit behandelt 13 Empyeme: 3 der Kieferhöhle und 10 der Stirnhöhle. Verf. selbst sah in der Ambulanz 45 Empyeme: 25 der Kiefer-

höhle, 10 der Stirnhöhle, 3 der Siebbein- und Kieferhöhle, 7 combinirte. — Bemerkenswerth ist die geringe Zahl der Siebbeinhöhlenerkrankungen und die starke Betheiligung der Stirnhöhle.

F. KLEMPERER.

15) **A. Onodi. Die Dehiscenzen der Nebenhöhlen der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 62. 1903.*

Verf. untersuchte über 4000 Schädel auf das Vorkommen von Dehiscenzen und fand solche in allen Schädeln, an der Lamina papyracea des Siebbeins beispielsweise 18 mal. Bei Erkrankung einer Nebenhöhle können dieselben pathologische Bedeutung gewinnen.

F. KLEMPERER.

16) **L. Polyák** (Budapest). **Fall von latenter multipler Nebenhöhleneiterung mit Knochenblasenbildung, Exophthalmus und Atrophie beider Sehnerven.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 340.*

Der Fall ist bemerkenswerth durch das excessive Wachsthum der eiternden Knochenblase, aus der bei der Operation 150—200 ccm Eiter hervorströmten; ferner durch die Folgestörungen, die in Depression des harten Gaumens und doppelseitigem Exophthalmus mit Erblindung bestanden. Verf. nimmt an, dass der Eiter der Knochenblase sich successive den Weg in die Nebenhöhlen gebahnt und da er nirgends Abfluss fand, diese zur Dilatation gebracht und dadurch die erwähnten Druckerscheinungen herbeigeführt hat.

F. KLEMPERER.

17) **Henrici** und **Haeffner** (Rostock). **Bedingen Eiterungen der Nasennebenhöhle eine Einengung des Gesichtsfeldes?** *Mit 1 Tabelle. Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1904.*

Auf Grund ihrer Untersuchungen an 37 Patienten kommen die Autoren zu dem Schlusse, dass „selbst lange bestehende Nebenhöhleneiterungen an sich nicht im Stande sind, Gesichtsfeldeinschränkungen herbeizuführen."

HECHT.

18) **S. D. Risley. Affectionen des Auges in Verbindung mit Erkrankungen der angrenzenden Sinus. (Affections of the eye associated with disease of the contiguous sinuses.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1904.*

In einem Fall von schwerer Asthenopie trat sofort Besserung nach Behandlung eines Siebbeinempyems ein. In einem andern Fall war Hemicranie und partieller Verlust des Sehvermögens auf ein Gummi der Oberkieferhöhle zurückzuführen. Im dritten Fall handelte es sich um eine allgemeine Neuritis mit Ausgang in Erblindung bei Oberkieferempyem; im vierten um chronisches Siebbein- und Keilbeinhöhlenempyem mit secundärer Neuritis, die zu Erblindung des rechten Auges führte.

EMIL MAYER.

19) **L. Phillips. Ueberanstrengung des Auges als ein ursächlicher Factor bei Sinusitis. (Eyestrain as a causative factor in sinusitis.)** *N. Y. Medical Journal. 24. September 1904.*

Verf. führt 10 Fälle an, die beweisen sollen, dass manche Formen von Sinusitis infolge Ueberanstrengung des Auges entstehen. Er räth, neben der sonstigen Therapie auch dafür Sorge zu tragen, dass etwa vorhandene Refractionsstörungen corrigirt werden.

LEFFERTS.

20) A. Logan Turner. **Einige Punkte in der Pathologie der „Knochencysten" in den Nebenhöhlen der Nase. (Some points in the pathology of „bone cysts" in the accessory sinuses in the nose.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

Verf. fasst unter der Bezeichnung „Knochencysten" die Fälle von cystenartiger Ausdehnung der Luftsinus zusammen, die als ein von dem Empyem verschiedener pathologischer Zustand aufzufassen sind. Die Schilderung, die Verf. von der Entstehungsweise dieser Knochencysten giebt, deckt sich mit der in einer früheren Arbeit (Edinburgh Med. Journal. October 1903; ref. Centralblatt. Bd. XXI. S. 8.) gegebenen.

EMIL MAYER.

21) D. Bryson Delavan. **Die Prophylaxe der Nebenhöhlenerkrankungen. (The prevention of diseases of the accessory sinuses.)** *N. Y. Medical News. 14. Mai 1904.*

Belladonna oder Aconit und in schweren Fällen von Neuralgie, Phenacetin und Salol sind die vom Verf. bei acuten Empyemen bevorzugten Medicamente. Die locale Behandlung soll schmerzlos und nicht reizend sein. Das Secret soll von der Oberfläche entfernt und ein 2 proc. Cocainspray, darauf ein Adrenalinspray applicirt werden. Der mittels dieser Medicamente bewirkte freie Abfluss des Secrets verhindert gewöhnlich das Chronischwerden der Erkrankung. Die Procedur muss mehrmals täglich vorgenommen werden.

LEFFERTS.

22) E. Fletcher Ingals. **Behandlung der eitrigen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Treatment of the suppurative diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1904.*

Eine Zusammenstellung der für die Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen allgemein acceptirten Grundsätze.

LEFFERTS.

23) Herbert Tilley. **Einige Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung eitriger Nebenhöhlenerkrankungen. (Some experiences in the surgical treatment of suppurative lesions in the nasal accessory sinuses.)** *Lancet. 21. Mai 1904.*

Verf. giebt die Krankengeschichte zahlreicher typischer Fälle, in denen er operirt hat. In einem acuten Fall von Antrumerkrankung infolge von Zahncaries wurde der Zahn extrahirt, der Alveolarfortsatz angebohrt und die Höhle drainirt. Heilung in wenigen Wochen. Ein zweiter ähnlicher Fall wurde ebenso behandelt. T. giebt eine interessante Schilderung der chirurgischen Behandlung in einigen Fällen von Empyem der Stirn-, Oberkieferhöhle und Siebbeinzellen. Er ist der Ansicht, dass die meisten Fälle von Antrumempyem auf cariöse Zähne zurückzuführen seien.

ADOLPH BRONNER.

24) R. B. Canfield. **Die Anwendung der conservativen und radicalen Chirurgie bei chronischer Erkrankung der Nasennebenhöhlen. (The application of conservative and radical surgery to chronic nasal accessory sinus disease.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904. N. Y. Medical News. 16. Juli 1904.*

In neun Zehntel der uncomplicirten Fälle führt die conservative Methode

zum Ziel, mit der daher stets ein gründlicher Versuch gemacht werden soll. Die Schwierigkeit der Heilung steht nicht in directem Verhältniss zur Dauer der Erkrankung. Am befriedigendsten vollzieht sich die Drainage des Antrum von der Nase aus. Die häufigste Ursache der Chronicität in obstinaten Fällen ist eine Ethmoiditis. Die Keilbeinhöhle ist in einer grossen Procentzahl der Fälle leicht von der Nase aus zugänglich und kann in 90 pCt. der Fälle sondirt werden. Die beste radicale Methode für das Antrum ist die modificirte Caldwell-Luc'sche, für die Stirnhöhle die Killian'sche. Grosse Sorgfalt muss man bei der Stirnhöhlenoperation auf das Auge verwenden. Zufälle, die seitens desselben drohen, sind: 1. Diplopie infolge Verlustes der Trochlea. 2. Herabsetzung des Sehvermögens entweder infolge extraoculärer Ursachen (Lacrimation, Conjunctivitis) oder intraoculärer Ursachen (Iritis, Neuroretinitis).

LEFFERTS.

25) **A. Strubell. Ueber die Beziehungen der Gefässe der Kieferhöhle zu denen der Zähne.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Jahrg. 38. No. 6. S. 249.*

Verf. injicirte unter Benutzung der Tändler'schen Jodnatrium-Gelatine-Berlinerblau-Masse von den Aa. alveolares post. aus, fixirte in Formol, entkalkte in Salpetersäure mit nachfolgender Alaunbehandlung nach Schaffer, bettete die für Schnittserien bestimmten Stücke in Celloidin ein und schnitt die Serien z. T. 50, z. T. 20 μ dick. Er kommt zu dem Resultate, dass die Ernährung der Kieferhöhlenschleimhaut, der Spongiosa des Kieferknochens und der Alveolen mit den Zähnen von einem dreifachen, eng unter sich anastomosirenden Netze von Gefässen aus geschieht. Die genauere mikroskopische Untersuchung an geeigneten pathologischen Präparaten behält sich Verf. vor.

J. KATZENSTEIN.

26) **B. de Nevrezé. Die chronischen Eiterungen der Oberkieferhöhle. (Les suppurations chroniques du sinus maxillaire.)** *Thèse de Paris. 1904.*

Bei der Frage nach der Art der Behandlung spielt die Aetiologie der Erkrankung, ob dentalen oder nasalen Ursprungs, keine Rolle, sondern es ist nur die Dauer derselben in Betracht zu ziehen. Bei den frischen Fällen kommt nur die medicamentöse Therapie in Betracht; von den für die alten Fälle mit Granulationen in Betracht kommenden Operationsmethoden giebt Verf. der von Sebileau den Vorzug, die eine Modification der Desault'schen darstellt. Verf. vergleicht die hierbei erzielten Resultate mit denen der endonasalen Behandlung und führt 15 Fälle an.

A. CARTAZ.

27) **Buys. Behandlung der chronischen Sinusitis maxillaris. (Traitement de la Sinusitis maxillaire chronique.)** *La Clinique. No. 19. 1904.*

In der Sitzung vom 1. April 1904 des „Cercle Médical" von Brüssel hält B. einen Vortrag über die Behandlung der chronischen Sinusitis maxill., er bespricht die Entstehungsweisen der Sinusiten, die Differentialdiagnose zwischen Empyem, bei welcher die Schleimhaut nicht oder kaum verändert ist und bei einigen Ausspülungen zur Heilung gelangt, und der chronischen wahren Sinusitis, bei welcher die Schleimhaut tiefe Veränderungen erleidet, und nur durch eine energische Intervention, gründliche Curettage u. s. w. zur Heilung gebracht werden kann. Er bespricht schliesslich noch die verschiedenen Heilmethoden und zwar a) die

verschiedenen Ausspülungsmethoden, b) die Radicaloperation, die dem Leser dieser Zeilen zur Genüge bekannt sein dürften.

BAYER.

28) **G. Gavello. Die conservativen Behandlungsmethoden der chronischen Oberkieferempyeme. (I metodi conservativi di cura delle sinusiti mascellari croniche.)** *Arch. Ital. di Otologia. II. u. III. 1905.*

Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die verschiedenen Methoden der Eröffnung der Highmorshöhle vom Alveolarfortsatz, dem unteren und mittleren Nasengang her, schildert dann ausführlich die Methoden von Réthi, Claoué Escat und giebt zum Schluss eine detaillirte Beschreibung der von ihm empfohlenen Modification nebst der angegebenen Instrumente. Das Verfahren eignet sich besonders für mittelschwere Fälle, für die die Anbohrung vom unteren Nasengang oder der Alveole aus nicht mehr genügt, die aber noch nicht die Radicaloperation nach Caldwell-Luc erfordern; er schliesst sich ziemlich genau an die Vorschriften von Claoué und Réthi an. An Stelle des Krause'schen Troikarts bedient sich Verf. eines Instruments, das gleichzeitig wie ein solcher wirkt und wie ein Dilatator nach Art eines Craniotoms. Die allgemeinen Grundsätze, zu denen Verf. gelangt, sind folgende: 1. Bei chronischen Oberkieferempyemen mit sicheren schweren Läsionen der Schleimhaut und des Knochens ist bei Individuen in guten Alters- und Ernährungsbedingungen die Caldwell-Luc'sche Radicaloperation indicirt. Ist diese nicht ausführbar, so kann man auf andre conservative Methoden zurückgreifen, ganz besonders aber auf die Methode von Réthi und Claoué. 2. Bei chronischen Sinusitiden ohne schwere Veränderungen der Schleimhaut kann man, falls sie dentalen Ursprungs sind, Anbohrung vom Alveolarfortsatz versuchen. Wo man damit keine Heilung erzielt, ist das Réthi-Claoué-sche Verfahren angebracht. 3) Bei denselben Sinusitiden, aber nasalen Ursprungs und bei Individuen mit gesunden Zähnen, wähle man zwischen dem Krause'schen und dem Réthi-Claoué'schen Verfahren.

FINDER

29) **F. Kretschmann** (Magdeburg). **Beitrag zur Operation des Kieferhöhlenempyems.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1905.*

Bericht über eine Modification der Bönninghaus-Luc'schen Methode, die sich zu kurzem Referat nicht eignet.

HECHT.

30) **H. Halász** (Mikolcz). **Nekrose des oberen Kieferbeines infolge von Periostitis dentalis chronica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 354.*

Fall von tiefer Nekrose mit Ausstossung grösserer Sequester. Die gewöhnliche Ursache dieser Affection beim Erwachsenen, wie Lues, ferner Trauma, Phosphor-, Quecksilber- oder andere Intoxication, endlich Diabetes, Scrophulose oder andere Allgemeinkrankheit lag nicht vor, so dass die Zahnerkrankung, welche sonst nur oberflächliche Kieferbein-Nekrosen bedingt, als Ursache anzusehen ist.

F. KLEMPERER.

31) **Treitel** (Berlin). **Ueber syphilitische Nekrose des Oberkiefers.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 394.*

Reactionslose Bildung eines grösseren Sequesters; Abscessbildung durch

Secundärinfection von der Nase aus. Heilung nach Entfernung des Sequesters unter Schmiercur, jedoch ohne dass die Sequesterhöhle zum Verschluss kommt.

F. KLEMPERER.

32) **B. Gomperz** (Wien). **Zur Casuistik der Fremdkörper in der Kieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 348.*

Bei der Nachbehandlung einer vom unteren Nasengang aus eröffneten Highmorshöhle verlor G. den behufs Cocainisirung in die Perforationsstelle eingeführten Wattepinsel. Er gewann ihn nach längeren Bemühungen wieder, indem er beim Ausspülen der Höhle mit der Spritze plötzlich kräftig aspirirte; die mit angezogenem Stempel rasch zurückgezogene Spritze trug den Wattebausch fest in die Canüle angesaugt.

F. KLEMPERER.

33) **J. Kirschner** (Berlin). **Das Endotheliom (Cylindrom) des Antrum Highmori.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 1. H. 1. S. 1. 1903.*

Die Arbeit giebt die sehr eingehende und sorgfältige histologische Untersuchung zweier von Dr. Jansen operirter Fälle; die Details entziehen sich der Wiedergabe im Referate und müssen von Interessenten im Original studirt werden. — In klinischer Hinsicht sei bemerkt, dass sich in Fall 1 der Tumor wie ein gutartiger verhielt, in Fall 2 die Höhlenwand durchbrochen und die Nachbargebiete ergriffen wurden, indessen trotz jahrelangen Bestehens keinerlei Generalisationen im Organismus, keinerlei Metastasen auftraten, die Malignität des Tumors also thatsächlich mehr eine locale war.

F. KLEMPERER.

34) **Brindel. Epitheliom der rechten Nasenhöhle und der Oberkieferhöhle. (Epithéliome de la fosse nasale et du sinus maxillaire droits.)** *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. 26. Februar 1904. Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. No. 12. 1904.*

Es handelte sich um einen Mann, bei dem die rechte Wange eine dunkelrothe ödematöse Schwellung darbot, in der sich verschiedene Fistelgänge befanden; intensive Jodbehandlung brachte zuerst Besserung. Der intranasale Tumor erwies sich als ein Epitheliom, das in die Kieferhöhle hineinragte. Resection des grössten Theiles des rechten Oberkiefers. Vorläufig anscheinende Heilung.

E. J. MOURE.

35) **Hegetschweiler** (Zürich). **Ueber Cholesteatom der Kieferhöhle.** (Autoreferat nach Vortrag in der „Gesellschaft der Aerzte in Zürich".) *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 8. 1905.*

In 2 Fällen entwickelte sich im Anschluss an die wahrscheinlich zu eng gewordene Bohröffnung (vom Alveolarrand aus) das Cholesteatom. Die cholesteatomatösen Massen wurden mit einer Trephine „gleichsam herausgestanzt" und so beide Fälle bald zur Heilung gebracht.

In der Discussion, welche Prof. Ernst beherrschte, wird neben der gewöhnlichen obigen Erklärungstheorie der sog. primären Cholesteatome Lucae's und Urbantschitsch's gedacht. Diese sollen ohne Trommelfellperforation entstanden sein, was immerhin zweifelhaft sein kann, da es sich denken lässt, dass

eine enge Perforation später so verwachsen sein konnte, dass keine Spur von ihr makroskopisch zu entdecken war (Ref.). Ernst beschreibt und demonstrirt ferner ähnliche Bildungen im Uterus, Ovarien, Hoden, Parotis. Auch spricht er von Epithelcysten, welche aus traumatisch versenktem oder aus von Granulationen überwuchertem Epithel entstehen, wonach sich überall, wo Epithel vorkommt, Epithelperlen bilden können. Ernst zieht den Namen „Perlgeschwulst" vor, da das Cholestearin für diese Gebilde nicht geradezu charakteristisch und obligatorisch sei.

JONQUIÈRE.

36) **Harris Peyton Mosher. Die angewandte Anatomie der Stirnhöhle. (The applied anatomy of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

Das Material für diesen Aufsatz stammt aus dem Buch über die Anatomie der Nebenhöhlen von Sieur und Jacob, sowie aus einem Studium an 100 Köpfen und 50 präparirten Schädeln im Laboratorium der Harward Medical School. Die Abbildungen sind Originalzeichnungen. Besonders berücksichtigt ist die Anatomie des Bodens der Höhle. Das Ganze ist eine These zur Aufnahme in die American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

37) **A. Onodi. Bildungsanomalie der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 363.*

Abbildung zweier Schädel mit einem nach hinten ziehenden Recessus der Mündungsgegend der Stirnhöhle.

F. KLEMPERER.

38) **Eschweiler** (Bonn). **Ueber die Radicaloperation wegen chronischen Empyems der Stirnhöhle nach Killian. (On the radical operation for chronic empyema of the frontal sinus according to Killian.)** *Archives of Otology. October 1904.*

Verf. fügt den bereits mitgetheilten Fällen noch 8 weitere hinzu und beschreibt genau den Gang der Operation. Die Entfernung des Bodens der Höhle ist bisweilen sehr schwierig. Dieser Theil der Operation ist sehr vereinfacht, wenn die Ablösung des Periosts des Orbitaldachs an der Trochlea nicht unterbrochen ist. Wenn man die Verbindung der Obliquussehne mit dem Periost sorgfältig erhält und dann die Trochlea in toto ablöst, so ist die Gefahr einer permanenten Functionsstörung sehr gering. Nach Resection des Processus frontalis des Oberkiefers dürfen die adhärirenden Knochenstückchen nicht fortgebrochen werden, damit der Thränensack nicht verletzt wird. Polypen und Hypertrophien in der Nase werden am besten vor der Sinusoperation beseitigt.

EMIL MAYER.

39) **Paul S. Mertens. Empyem der Stirnhöhle mit consecutivem Abscess des Stirnlappens; Operation; Tod infolge Lungenhypostase. (Empyema of frontal sinus, followed by extradural abscess of frontal lobe; operation and death from hypostatic congestion of the lungs.)** *N. Y. Medical Record. 7. Mai 1904.*

Patient war ein 40jähriger Mann. Es bestand ein Abscess in der Gegend der Glabella, nach dessen Incision sich Eiter entleerte. Die Sonde kam auf nekrotischen Knochen und schien an manchen Stellen in die Schädelhöhle einzudringen. Es wurde die Diagnose auf einen extraduralen Abscess gestellt, was sich bei der

Operation als richtig erwies. Nach Entfernung des nekrotischen Knochens kam man in die linke Stirnhöhle, die mit Eiter erfüllt war. Einige Tage später wurde aus der rechten Stirnhöhle gleichfalls Eiter mittels der Aspirationsspritze entleert. Nachdem der Zustand des Patienten ungefähr eine Woche lang sich gebessert hatte, trat eine Verschlimmerung durch beginnende hypostatische Pneumonie ein, an der Patient dann auch schliesslich zu Grunde ging. LEFFERTS.

40) **A. L. Whitehead** (London). **Fall von rechtsseitigem Stirnhöhlenempyem, Empyem der rechten Keilbeinhöhle, beider Oberkieferhöhlen und beider Siebbeinlabyrinthe. (A case of empyema of the right frontal sinus, of the right sphenoidal sinus of both antra of Highmore and of the ethmoidal cells on both sides.)** *Archives of Otology. Mai 1904.*

Nach Radicaloperation erfolgte Heilung. Verf. weist darauf hin, wie wichtig es ist, in jedem Falle von multiplen Nasenpolypen genau auf Empyem der Highmorshöhlen zu untersuchen. EMIL MAYER.

41) **Robert H. Craig. Empyem der rechten Keilbeinhöhle und hinteren Siebbeinzellen, mit völligem Verschluss der rechten Choane. (Empyema of the right sphenoidal cavity and posterior ethmoidal cells associated with complete occlusion of the right posterior naris.)** *Montreal Medical Journal. November 1904.*

Es handelte sich um ein $7^1/_2$ Jahre altes Kind mit eitrigem Ausfluss aus Nase und Ohren. Um die Verlegung der Nase zu beseitigen, musste zunächst die Muschel entfernt und die Septumverbiegung operirt werden. EMIL MAYER.

42) **G. Bartha** und **A. Onodi. Primärer Krebs der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 167.*

Mittheilung eines Falles. F. KLEMPERER.

43) **De Stella. Einige Bemerkungen über die Chirurgie der Siebbeintumoren. (Quelques considérations sur le traitement chirurgical des tumeurs des fosses nasales.)** *La Belgique méd. No. 43. 1904.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen rhino-oto-laryngologischen Gesellschaft vom 11. und 12. Juni 1904. BAYER.

44) **A. Onodi. Das Verhältniss der hintersten Siebbeinzelle zu den Nervi optici.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 259.*

O. hat früher darauf hingewiesen, dass die hinterste Siebbeinzelle in enger Beziehung steht mit dem Canalis opticus und mit dem Sulcus opticus und dass dementsprechend nicht nur die Keilbeinhöhlenerkrankungen, von denen dies allgemein bekannt ist, sondern auch die Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle in causalem Zusammenhang mit Sehstörungen stehen. Auf Grund einer Beobachtung, deren Präparat er in Abbildung demonstrirt, zeigt Onodi jetzt, dass es sich bei einseitiger Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle auch um doppelseitige Sehstörungen handeln kann, indem die grosse hinterste Siebbeinzelle durch eine papierdünne, gemeinschaftliche Wand von dem Chiasma und den beiden Nervi optici extra- und intracanaliculär geschieden ist. F. KLEMPERER.

45) **S. Citelli. Cylindrom des Sinus sphenoidalis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. H. 2. S. 252.*

Die Neubildung, die sich histologisch als „ein Endotheliom mit hyaliner Degeneration, d. h. ein Cylindrom" erwies, war von ausgesprochener Malignität; sie durchbrach die vordere Wand des Sinus sphenoidalis, breitete sich in der Nasenhöhle aus und griff die Schädelhöhle an, wodurch Neuritis optica und Exophthalmie, ferner Otitis media entstanden. F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **G. B. Wood. Die Function der Tonsille. (The function of the tonsil.)** *University of Pennsylvania Medical Bulletin. October 1904.*

Die histologische Untersuchung hat den Verfasser zu folgenden Ergebnissen geführt: Die älteren Formen von Leukocyten stammen durch continuirliche Entwickelung von den jüngeren Lymphocyten. Verfasser ist der Ansicht, dass die lymphoiden Zellen als eine jüngere Form der Leukocyten zu betrachten ist, die fähig ist, zu wachsen und gewisse morphologische Veränderungen einzugehen. Die Lymphocyten stammen ursprünglich von den epithelialen Gebilden. In dieser Beziehung spielt die Thymusdrüse die wichtigste Rolle. Neuere Untersuchungen haben die directe Umwandlung von Epithel in Lymphocyten in der Thymus nachgewiesen. Es lässt sich auch der sichere histologische Nachweis führen, dass Lymphocyten direct von dem Epithel der Tonsillenkrypten herstammen. Bei der Entwickelung der Tonsille findet ein Hineinwachsen von Epithel in das mesodermische Gewebe statt, bevor in dieser Region irgendwelche Lymphzellen sichtbar sind. Die ersten Lymphocyten in der Tonsille finden sich direct um dieses hineingewachsene Epithel herum; sie sind charakterisirt durch anastomosirende Protoplasmafortsätze. Sorgfältige histologische Untersuchungen haben Verfassser davon überzeugt, dass dem Epithel der Krypten eine ausgesprochene Tendenz zu constantem Wachsthum innewohnt. Dies zeigt sich in dem Eindringen der Epithelzellen in das Tonsillenparenchym und die Bildung von Hornmassen im Lumen der Krypten. Es giebt auch Uebergangsformen, an denen alle Uebergänge zwischen Epithel und Lymphocyten sich studiren lassen, und die Variationen im Typus der letzteren sind besonders in der Region des Kryptenepithels ausgesprochen. Der Grad der Infiltration des Epithels hat keine Beziehung zu dem Krypteninhalt. Auf der anderen Seite zeigen die wachsenden Epithelsprossen so viel, wenn nicht mehr Infiltration, wie die wahren Krypten. Die völlige Vernichtung des Kryptenepithels ist ein seltenes Vorkommniss, indem stets eine genügende Anzahl von Epithelzellen zurückbleibt, um eine intacte Barrière längs der Oberfläche gegen das Kryptenlumen hin zu bilden. Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt Verfasser die Frage, ob die Tonsille eine primäre Quelle der Leukocytose darstellt, in bejahendem Sinn beantworten zu müssen. Damit ist ihre Rolle im Haushalt des Organismus erklärt. Die Tonsillen nehmen die Function der Thymus auf, wenn diese ihre Involution eingegangen ist. LEFFERTS.

47) **Jonathan Wright. Autoclasis der Tonsillen. (Autoclasis of the tonsils.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Es ist eine bekannte Thatsache, dass beim Uebergang in das erwachsene Alter oder am Ende der Kindheit die lymphatischen Hypertrophien in Nase und Pharynx die Tendenz haben, sich zurückzubilden. Es besteht die begründete Ansicht, dass der Hauptfactor bei diesem Vorgang in dem Verschwinden der Lymphzellen aus ihren erweiterten Canälen besteht. Das stimmt überein mit der allgemeinen Abnahme im Metabolismus der Gewebe, wenn das Wachsthum sistirt. Der Metabolismus des Abbaus überwiegt über den des Anbaues. Wachsthum und Zurückgang des lymphoiden Gewebes ist daher nur eine Episode im physiologischen Leben des menschlichen Körpers.

EMIL MAYER.

48) **Ricciardelli. Ueber die Hypertrophie der Tonsillen. (Sull'ipertrofia delle tonsille.)** *Caserta. Juli 1904.*

Verfasser hat den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Tonsillen (Gaumen-, Rachen- und Zungentonsille) studiren und prüfen wollen, ob die Hypertrophie der Gaumentonsillen einem allgemeinem Lymphatismus entspricht oder nur eine circumscripte Veränderung darstellt.

Die Arbeit umfasst acht klinische Beobachtungen und zahlreiche an Hunden ausgeführte bacteriologische und histologische Untersuchungen. Verfasser gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Hypertrophie der Tonsillen ist fast stets der Ausdruck einer lymphatischen Constitution. Auch die anderen Tonsillen, die den Waldeyer'schen Schlundring bilden, nehmen daran theil, ebenso wie die nächst gelegenen Lymphdrüsen. In die Tonsillen inoculirte Mikroorganismen gehen mit grösserer Leichtigkeit in die näheren submaxillaren Drüsen als in die Follikel des Waldeyer'schen Schlundrings über. In seltenen Fällen kann auf die Abtragung der Gaumentonsillen eine Hypertrophie der Rachen- oder Zungentonsille folgen. Die Entfernung beider Gaumentonsillen beim Hunde ist nicht indifferent, die Hälfte der operirten Thiere stirbt nach mehr oder weniger langer Zeit.

FINDER.

49) **G. Finder. Ein weiterer Beitrag zu den Lipomen der Gaumenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 159.*

Der blassrothe glatte Tumor, von der Grösse und Form der Endphalanx eines kleinen Fingers, bestand zum grössten Theil aus Fettgewebe, dann Bindegewebe und in geringstem Maasse aus lymphatischem Gewebe (Lympho-Fibro-Lipom). Die Sondenuntersuchung nach der Abtragung des Tumors ergab, dass derselbe nicht, wie es vorher schien, vom oberen Pol der Mandel ausging, sondern dass er von der Mandel selbst getrennt unmittelbar über ihr in der Fossa supratonsillaris inserirte.

F. KLEMPERER.

50) **William W. Carter. Knochengeschwulst in der Tonsille. (Growth of bone in the tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 4. Februar 1905.*

Fälle, in denen der Processus styloideus bis zur Tonsille reicht und in ihr eingeschlossen ist, haben Newcomb, Richards, Stirling u. A. berichtet. Fälle von Knochenbildung in der Tonsille selbst sind mehrfach in der Literatur

mitgetheilt; sie haben kein klinisches Interesse, da irgendwelche Symptome nicht verursacht werden und werden stets nur zufällig entdeckt. Für den Pathologen haben diese Fälle jedoch ein hervorragendes Interesse. Zwei Theorien sind zu ihrer Erklärung aufgestellt worden: 1. Dass die Knochenbildung in Folge von Entwickelungsveränderungen in den Ueberbleibseln des zweiten Kiemenbogens entsteht und 2. dass sie durch metaplastische Veränderungen des Bindegewebes der Mandel hervorgebracht wird.

Der Fall des Verfassers betrifft eine 22jährige Frau, die an häufiger Peritonsillitis litt. Als nach Abtragung der rechten Tonsille Verfasser auch die linke entfernen wollte, stiess er in derselben auf eine harte Masse; er stellte mit der Sonde fest, dass diese frei beweglich war und mit dem Knochenskelett nicht zusammenhing. Mittels Kornzange und Scheere wurde die Tonsille entfernt. Die harte, einem fibrösen Tonsillargewebe gleichende Masse enthielt im Centrum eine solide, fast von einem Ende zum andern reichende solide Substanz; die Maasse betrugen: 2 cm in der Länge, 1,2 cm in der Breite und 0,6 cm in der Dicke. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Knorpel und Knochen. Verfasser glaubt aus der Betrachtung seines und der in der Literatur berichteten Fälle schliessen zu können, dass der Knochen durch metaplastische Veränderungen des Bindegewebes entsteht.

LEFFERTS.

51) **Ziegner. Instrumenteller Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Tonsillarabscesse.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1904.*

Z. empfiehlt zur Probepunction und Eröffnung der peritonsillären Abscesse eine Lanzennadel, stumpf-winklig gebogen. Ref. bedient sich dazu seit 20 Jahren eines gracilen Kehlkopfmessers, das dieselben Dienste leistet.

SCHECH.

52) **Thèrenot. Actinomycose der Tonsille. (Actinomycose de l'amygdale.)** *Gaz. des hôpitaux. No. 110. 1904.*

Bei einem 44jährigen Mann, der an chronischer Tonsillitis litt, zeigten sich die Erscheinungen einer acuten eitrigen Mandelentzündung. Es trat im Anschluss daran auch eine Vereiterung der submaxillaren Lymphdrüsen auf. Der fötide Eiter enthielt Actinomyces-Pilze. Therapie bestand in breiter Eröffnung und innerlich Jodkali.

A. CARTAZ.

53) **Edwards H. Shields. Primäre Syphilis der Tonsille. (Primary syphilis of the tonsil.)** *Cincinnati Lancet. Clinic. 9. April 1904.*

Bericht über einen Fall bei einer Frau.

EMIL MAYER.

54) **Reimann** (Posen). **Untersuchungen über Tuberculose der Gaumentonsillen.** *Dissert. Greifswald 1904.*

Die Untersuchung der aus der Lungenheilanstalt Kottbus stammenden Fälle lehrt, dass bei den mit alter Spitzentuberkulose behafteten jungen Mädchen und Frauen, alle Patientinnen, deren Sputum Tuberkelbacillen enthielt, auch Tuberkel in den Mandeln sich fanden und dass auch bei 6 pCt. ausgesprochene Mandeltuberkulose bestand, ohne dass überhaupt Sputum ausgeworfen ward. In einem

Falle sah Reimann nach Entfernung der tuberkulösen Mandel den Stumpf frei von Tuberkulose.

SEIFERT.

55) Wróblewski. **Zur Casuistik der bösartigen Neubildungen der Gaumentonsillen. (Przyczynek do nauki o nowotrovach slosliwych migdalkór podniebiennych.)** *Gaz. Lek. 30. 1904.*

Verfasser beschreibt 11 Fälle von derartigen Neubildungen, von denen 9 bei Männern, 2 bei Frauen vorkamen. Es waren 4 Sarkome, 1 Lymphosarkome, 6 Carcinome. Davon waren 7 auf der linken, 4 auf der rechten Tonsille. Was das Alter der Frauen betrifft, so war die eine 26, die andere 36 Jahre alt. Von den Männern war der jüngste 36, der älteste 70 Jahre alt. Indem der Verfasser sich auf eigene Beobachtungen und diejenigen der fremden Autoren stützt, kommt er zum Resultate, dass der operative Weg zweifelhaft und jedenfalls nicht immer angezeigt sei. Arsenik als allgemein stärkendes Mittel ist stets angezeigt.

A. v. SOKOLOWSKI.

56) T. Collins Warren. **Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. 9. März 1905.*

Pat. war eine 38jährige Frau. Es wurde ein ausgedehnter Schnitt vom Mundwinkel zum Kinn und von dort nach hinten und aufwärts zum äusseren Gehörgang geführt. Bei der Entfernung des Tumors wurde auch die Epiglottis und ein Theil der Glottis auf der rechten Seite mit fortgenommen. Recidiv nach einem Jahr. Der Tumor war ein kleinzelliges Rundzellensarkom.

EMIL MAYER.

57) L. S. Somers. **Spontane Tonsillarblutung. (Spontaneous tonsillar hemorrhage.)** *N. Y. Medical Record. 22. October 1904.*

Die 75jährige Patientin hatte 2 Tage, nachdem sich spontan ein Peritonsillarabscess entleert hatte, eine starke Blutung aus der Tonsillargegend. Es wurde mit dem Finger die Carotis der betreffenden Seite comprimirt. Mit 2 Fingern der anderen Hand wurde ein Druck oberhalb der Tonsille ausgeübt, indem die Gaumenbögen zusammengedrückt wurden. Gleichzeitig wurde eine gesättigte Tanninlösung applicirt, innerlich Strychnin und Ergotin gegeben. Nach einer halben Stunde hörte die Blutung auf. Eine Untersuchung am nächsten Tage zeigte, dass die Blutung aus der Arterie des vorderen Gaumenbogens gestammt hatte, die durch die Eiterung arrodirt war.

LEFFERTS.

58) L. C. Cline. **Schwere Blutung nach Tonsillotomie. (Grave hemorrhage following Tonsillotomy.)** *The Laryngoscope. December 1904.*

Bei einem 5jährigen Knaben entstand nach der Tonsillotomie eine fast tödtliche Blutung; es stellte sich heraus, dass es sich um einen Bluter handelte.

EMIL MAYER.

59) E. Bergh (Malmö). **Ueber einen Fall von nervösen Störungen nach einer Tonsillotomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1904.*

Bei einem 7jährigen, nervösen Mädchen trat nach beiderseitiger Tonsillotomie und anschliessender Adenotomie — wobei die ganze Rachenmandel in toto entfernt

wurde — ein mehrere Tage sich des öfteren wiederholendes, heftiges, krampfartiges Würgen mit Blutungen aus dem Nasenrachenraum und zeitweisem Erbrechen auf. Die Blutung wurde durch Styptica gestillt, die Würgeanfälle nahmen allmählich an Intensität und Frequenz ab und sistirten nach 3 Tagen.

HECHT.

60) **E. E. Straw. Ein neues Tonsillotom. (A new tonsillotome.)** *The Journal of the American Medical Association. 22. October 1904.*

Das Instrument stellt im Wesentlichen eine doppeltgekrümmte Scheere dar.

EMIL MAYER.

61) **Rosenfeld** (Berlin—Bad Salzbrunn). **Ein verbessertes Tonsillotom.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1904.*

Um bei der Entfernung der zweiten Tonsille das lästige Umdrehen des Tonsillotoms nach Entfernung der ersten Tonsille zu vermeiden, ist das empfohlene Tonsillotom zweischneidig gearbeitet und nach beiden Seiten gedeckt. Durch Umklappen der einen Deckung lässt es sich leicht reinigen.

ALBANUS (ZARNIKO).

d. Diphtherie und Croup.

62) **J. de Haan** (Weltevreden, Java). **Diphtherie in den Tropen. (Diphtheria in the tropics.)** *Janus. October 1904.*

In The Journal of tropic. Med. 1904, No. 9, sagt Castellani, dass in Java Diphtherie unbekannt sei. Die Diagnose werde zwar von den Aerzten gestellt, allein die bakteriologische Untersuchung ergebe immer negative Resultate. Verf. hat 1902 in den Pseudomembranen einiger Diphtheriekranken aus Weltevreden den Löffler'schen Bacillus bakteriologisch, sowie durch Impfung von Meerschweinchen nachgewiesen. Auch in diesem Jahre hatte die bakteriologische Untersuchung eines Falles aus Tjimahi positiven Erfolg. Es kommt also auf Java echte Diphtherie vor.

H. BURGER.

63) **Denys** (Löwen). **Diphtheritis und antidiphtheritisches Serum. (Diphtérie et Serum antidiphtéritique.)** *Annales de l'Institut Clin. de Bruxelles. No. 7. 1904.*

D. bespricht zuerst die Art und Weise der Wirkung des Löffler'schen Bacillus und die Wirkungsweise des antidiphtherischen Serums und kommt darauf zu den practischen Schlussfolgerungen, wann soll man injiciren und wie viel soll man injiciren?

Der Artikel deckt sich mit dem von De Stella (Gent) über Toxine und Antitoxine, über welchen eingehend hier referirt wurde.

BAYER.

64) **C. C. Roehr. Die Vermeidung unangenehmer Resultate bei Antitoxingebrauch. (To prevent the disagreable results of using antitoxin.)** *Chicago Medical Record. 15. Januar 1905.*

Die unangenehmen Resultate bestehen in Empfänglichkeit für einen zweiten Anfall, Oedem, Urticaria und Arthritis. Um dem ersteren vorzubeugen, gebe man kleine, aber häufig wiederholte Dosen, so dass die Krankheit geheilt, aber nicht

coupirt wird. Den anderen Nebenwirkungen des Serums soll vorgebeugt werden können durch innerliche Darreichung von Jodkalium. EMIL MAYER.

65) **B. Franklin Roger. Die Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (The antitoxin treatment of diphtheria.)** *Proceedings of the Philadelphia County Medical Society. 28. Februar 1905.*

Eine sorgfältige statistische Arbeit. Verf. betont besonders, dass es nothwendig sei, eine dem Grade der Membranbildung und ihrer Localisation entsprechende Dosis Antitoxin anzuwenden. Grosse Dosen müssen bei Diphtherie der Nase, des Nasenrachens und des Kehlkopfes gegeben werden. Verf. spricht auch für umfangreichere Verwendung des Serum zu prophylactischen Zwecken.

EMIL MAYER.

66) **F. Wesener** (Aachen). **Die Resultate der prophylaktischen Impfung mit Diphtherieheilserum im städtischen Krankenhause zu Aachen.** *Mit* 5 *Tabellen. Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1905.*

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Autor zu dem Schlusse, dass die prophylactische Impfung mit Diphtherieheilserum einen positiven Erfolg ergebe. Der durch sie erreichte Immunisirungsschutz sei zwar kein absoluter, aber doch ein recht sicherer; die Dauer des Schutzes erstrecke sich im Mittel auf etwa 3—4 Wochen. Der Verlauf bei an schutzgeimpften Personen auftretender Diphtherie sei meistens ein sehr leichter. Zur Schutzimpfung genügten bei kleinen Kindern meistens 200 I.-E., doch seien grössere Mengen, etwa 300—400 I.-E., zweckmässiger. Eine ausgedehnte Schutzimpfung sei nach jeder Richtung hin empfehlenswerth. Betreffs der Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

67) **P. H. Mc. Govern. Eine Betrachtung über Kehlkopfdiphtherie nebst Bericht über Fälle. (A review of laryngeal diphtheria and report of cases.)** *Wisconsin Medical Journal. Januar 1905.*

Antitoxin wirkt absolut specifisch. Es werden grosse Dosen empfohlen und, wenn der Zustand des Patienten es erfordert, soll die intravenöse Methode angewandt werden. EMIL MAYER.

68) **Dante Pacchioni. Betrachtungen über diphtherische Larynxstenosen bei Kindern unter 2 Jahren und Vorschlag einiger Modificationen bei ihrer Behandlung. (Considerazioni sulle laringostenosi difteriche nei bambini al di sotto dei 2 anni e proposta di alcune modificazioni al sistema della loro cura.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Juli 1904.*

Im Kinderspital zu Florenz wurden vom October 1894 bis 15. April 1903 mittels Tracheotomie und Intubation im Ganzen 162 diphtheriekranke Kinder im Alter von 0—2 Jahren behandelt; die Mortalität betrug bei den mit primärer Tracheotomie behandelten 67,5 pCt., bei der secundären Tracheotomie 72,1 pCt., bei der Intubation, die nur bei Kindern von 1—2 Jahren vorgenommen wurde, 41,6 pCt. Diese hohe Sterblichkeit ist nicht auf eine geringere Wirksamkeit des Serums in diesem Lebensalter, sondern auf ein heftigeres Auftreten der Krankheit

zurückzuführen. Der Werth der Tracheotomie wird dadurch paralysirt, dass bei Kindern unter 2 Jahren verhältnissmässig sehr häufig im Anschluss daran Bronchopneumonie auftritt; bei der Intubation wird der Tod meist durch Bronchopneumonie oder durch Larynxgeschwüre verursacht. Verf. setzt in ausführlicher Weise den Mechanismus auseinander, wie sowohl nach der Tracheotomie, wie nach der Intubation die Bronchopeumonie zu Stande kommt. Um die Sterblichkeit herabzusetzen, räth er den Tubus nur so lange Zeit in situ zu lassen, als nöthig ist, um die Luftwege von den Membranen zu befreien und die spasmodischen Erscheinungen zu überwinden; man solle diese Zeit aber auf das Nothwendigste beschränken, um die Gefahr einer Entstehung von Bronchopneumonie oder Ulcerationen herabzumindern. Verf. hat so die Tuben oft nur wenige Stunden liegen lassen; während dieser Zeit ist keine Ernährung nöthig, wodurch eine Hauptursache für die Pneumonie beseitigt wird. Zur Verwendung kam meist das O'Dwyer'sche Modell. Die Patienten bekamen meist grosse Bromdosen; daneben wurde Serum in reichlichen Dosen angewandt. Unmittelbar nach der Extubation wurden die Kinder eine Zeit lang in einem mit Wasserdampf erfüllten Raum gehalten. Traten nach 3—4 Tagen immer noch Suffocationsanfälle auf, so wurde zur secundären Tracheotomie geschritten, desgleichen wenn auch nur das leiseste Anzeichen einer beginnenden Ulceration vorhanden war. Ein nach 3—4 Tage lang fortgesetzter Intubation auftretender Laryngospasmus spricht meist für beginnende Ulcerationen; fährt man trotzdem mit der Intubation fort, so können schwere Geschwürsbildungen die Folge sein. Nach diesen Grundsätzen wurden vom 14. April 1903 bis 15. April 1904 37 Kinder im Alter von 0—2 Jahren wegen Kehlkopfdiphtherie behandelt. Es starben davon 11 (29,7 pCt.). Bei 18 Kindern wurde die secundäre Tracheotomie nöthig.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

69) **W. G. B. Harland. Der Kehlkopf bei beginnender Lungentuberculose. (The larynx in beginning pulmonary tuberculosis.)** *American Medicine. 25. Juni 1904.*

Geringfügige Zeichen, wie Congestion oder Anämie, können bei sorgfältiger Untersuchung des Larynx bereits den Verdacht auf eine beginnende Mitaffection desselben lenken.

EMIL MAYER.

70) **Löhnberg** (Hamm i. W.). **Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren und zur Frage des künstlichen Aborts.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 7. 1905.*

Autor berichtet über einen Fall von Kehlkopf-Lungenphthise, bei dem im dritten Monat der Abort eingeleitet wurde. Nach dem lege artis verlaufenen Abort setzten abendliche Temperatursteigerungen ein, das Befinden der Patientin verschlechterte sich und 3 Monate später erfolgte der Exitus. Löhnberg erörtert die einschlägige Literatur und giebt der Ansicht Ausdruck, dass die Beobachtung weiterer einschlägiger Fälle wohl zu dem Urtheil führen dürfte, dass ebenso, wie

Herz- und Lungenkrankheiten, auch die Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren den künstlichen Abort nicht indicire. HECHT.

71) **Krause** (Berlin). **Bemerkungen zur Therapie der Larynxtuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 9. 1904.*

Krause bespricht kritisch die Resultate der chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose, mit der er nach wie vor gute Resultate erzielte. Die vielfach berichteten Misserfolge führt er auf mangelnde Technik oder ungenügendes operatives Vorgehen zurück. Auch im zweiten und dritten Stadium der Kehlkopfphthise müssen wir unter Berücksichtigung und Hebung des Allgemeinbefindens energisch vorgehen und alles Erkrankte beseitigen; auf diese Weise gelingt es uns oft, eine ausgedehnte Vernarbung zu erzielen und bei sehr vorgeschrittenen Fällen wenigstens die Beschwerden des Kranken zu mildern, durch Beseitigung der Respirations- oder Schluckhindernisse das Allgemeinbefinden zu bessern und das Leben des Kranken zu verlängern. Pathologie und Technik werden eingehend in der Arbeit erörtert. HECHT.

72) **E. A. Mac Donald. Fortschritte in der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The progress and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *South California Practitioner. Januar 1905.*

Verf. wendet den Formalinspray an; er empfiehlt für Kehlkopftuberculose das Klima von Südkalifornien. EMIL MAYER.

73) **E. S. Bullock. Bedingungen für den Erfolg bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Elements of success in the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Monthly Encyclopedia of Practical Medicine. März 1905.*

Verf. stellt folgende Grundsätze auf: Vermeidung jeder Irritation, Vermeidung operativer Maassnahmen, Beharrlichkeit in der Behandlung, Anwendung eines sehr diffundirbaren baktericiden Mittels. Er wendet local eine schwache Formaldehydlösung an. EMIL MAYER.

74) **Sinclair Tousey. Die Behandlung der Kehlkopf- und Prostatatuberculose mit Röntgenstrahlen, hochfrequenten Strömen und Cooper-Hewitt-Licht. (The treatment of tuberculosis of the larynx and of the prostate gland by the X-Ray, high-frequency currents and the Cooper-Hewitt light.)** *N. Y. Medical Record. 3. September 1904.*

Verf. hat mehrere zufriedenstellende Resultate durch eine Combination der in der Ueberschrift genannten Methoden zu verzeichnen. Er giebt einen detaillirten Bericht und beschreibt einen Apparat. LEFFERTS.

75) **J. Sorgo** (Alland). **Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht, nebst einem Vorschlag zur Behandlung derselben mit künstlichem Lichte.** (Vortrag, geh. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 20. Januar 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1905.*

Der Kranke lässt die Sonnenstrahlen durch einen Toilettenspiegel, der an einem Holzgestell verstellbar angebracht ist, in seinen geöffneten Mund reflectiren.

Nachdem er sich an seinem Spiegelbilde überzeugt hat, dass sein Rachen gut beleuchtet ist, führt er den Kehlkopfspiegel ein und trachtet nun, ein möglichst hell erleuchtetes Kehlkopfbild im Spiegel einzustellen, was selten auf grössere Schwierigkeiten stösst. Der Einfluss der Sonnenbestrahlung äusserte sich sowohl auf diffuse Infiltrate, Tuberculome und Ulcerationen. Vorherige Adrenalinpinselung macht eine intensive Tiefenwirkung der Strahlen möglich. Oedematöse Zustände bilden eine Contraindication. Diese Behandlungsmethode hat auch eine günstige psychische Wirkung. Die jeweiligen Spiegelungen dauerten von 10 Minuten bis zu einer halben Stunde mit häufigen tage- und wochenlangen Zwischenpausen. Als Ersatz des Sonnenlichts kämen auch parallel verlaufende Strahlen von einem Finsenapparat in Betracht.

In der Discussion über diesen Vortrag empfiehlt Prof. S. Exner anstatt Glas- Metallspiegel zu verwenden.

CHIARI-HANSZEL.

76) **Lothar Runwald** (Heilanstalt Alland). **Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1905.*

Die nach der Sorgo'schen Methode mit Sonnenlicht bestrahlten Patienten wiesen fast sämmtlich eine bedeutende Besserung des Kehlkopfbefundes auf. Am Günstigsten werden durch das Sonnenlicht die tumorartigen Infiltrate beeinflusst, während die diffuse, stark geröthete Infiltration der Stimmbänder schwerer und weniger rasch zu beeinflussen ist. Das Bestehen einer ödematösen Schwellung im Bereiche des Larynx bietet eine Contraindication für die Sonnenbehandlung. Bezüglich weiterer Details und der eingehend beschriebenen Technik muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

77) **Bulling** (Bad Reichenhall). **Inhalation von phenylpropiolsaurem Natron gegen Kehlkopf- und Lungentuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Bericht über 50 weitere mit obiger Methode erfolgreich behandelte Fälle.

HECHT.

78) **Marcel Lermoyez** (Paris). **Die Indicationen der Tracheotomie bei Kehlkopftuberculose. (Les indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée.)** *Presse médicale. 3. u. 10. December 1904.*

Nachdem Verf. eine sehr anschauliche Schilderung der beiden klinischen Formen der Kehlkopftuberculose entworfen hat, der dyspnoischen und der dysphagischen, je nachdem die Affection ihren Sitz an der Glottis oder dem Larynxeingang hat, betont er die Nothwendigkeit, bei der ersten Form die Tracheotomie vorzunehmen. Die Gefahren der Bronchopneumonie können übrigens in ähnlichen Fällen vermieden werden, wenn man dafür Sorge trägt, dass kein Blut in die Luftwege gelangt. Verf. empfiehlt, langsam zu operiren mit sorgfältiger Unterbindung aller Gefässe.

Was die Dysphagie anbetrifft, so wird sie durch die Tracheotomie und die dadurch bewirkte Ruhigstellung des Kehlkopfs stets gebessert; Verf. ist der Meinung, dass die Tracheotomie indicirt ist bei Dysphagie, auch wenn sie nicht durch die Dyspnoe gebieterisch verlangt wird.

Wenn die Indicationsstellung L.'s für die dyspnoische Form undiscutabel ist, so ist sie nur sehr schwer für die Dysphagie anzunehmen. Eine Operation, wie die Tracheotomie wird die wahrscheinliche Lebensdauer des Patienten herabsetzen; die Canüle wird seine Leiden vermindern, aber auch abkürzen. PAUL RAUGÉ.

79) **Jallieis. Tracheotomie wegen Kehlkopftuberculose. (Trachéotomie pour tuberculose laryngée.)** *Soc. centrale de méd. du Nord. 23. December 1904.*

Im Jahre 1903 hatte J. eine an beginnender Larynxtuberculose ohne nachweisbare Lungenerkrankung leidende Patientin in Behandlung. Eine locale und allgemeine Behandlung besserte die Patientin, die das Krankenhaus in befriedigendem Zustand verliess. Sie kehrte 6 Monate später mit Dyspnoe und Dysphagie wieder; jeden Augenblick traten Erstickungsanfälle auf. Obwohl die Patientin schliesslich an zunehmender Lungentuberculose zu Grunde ging, brachte die Tracheotomie eine sehr erhebliche vorübergehende Besserung. A. CARTAZ.

80) **Hödlmoser** (Sarajevo). **Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper im Larynx.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 13. 1905.*

Bei einem 9 jährigen Knaben blieb vor sechs Tagen ein Stück Knochen im Halse stecken, weswegen heftige Athembeschwerden bestanden. Es gelang ohne Cocainisirung den Fremdkörper mit der Larynxpincette aus der Glottis zu entfernen. Bemerkenswerth ist die lange Dauer des Verweilens bei der für den kindlichen Larynx immerhin beträchtlichen Grösse des Fremdkörpers sowie die Möglichkeit, ihn in einer einzigen Sitzung ohne Anästhesie zu entfernen. CHIARI.

81) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie wegen Fremdkörper in den Luftröhren. (Bronchoscopy for foreign bodies in the bronchial tubes.)** *Illinois Medical Journal. December 1904.*

Fall I. Zweijähriges Kind hat vor 2 Tagen eine Kaffeebohne aspirirt. Es wurde die Tracheotomie gemacht. Mittels der Bronchoskopie wurde der Sitz des Fremdkörpers festgestellt und dieser entfernt. Das Verfahren nahm 15 Minuten in Anspruch. Das Kind starb am nächsten Tag.

Fall II. Zweijähriges Kind hat ein grosses Getreidekorn aspirirt. Bronchoskopie ohne vorhergehende Tracheotomie. Mittels einer electromotorisch betriebenen Saugpumpe wurde das Secret entfernt. Das Korn war zu gross, um durch den Tubus entfernt werden zu können, wurde aber mit diesem zugleich herausbefördert. Die erforderliche Zeit betrug 50 Minuten. Heilung. Verf. braucht stets dabei Chloroform. EMIL MAYER.

82) **D'Astros** und **Molinié. Fremdkörper des rechten Bronchus, mittels der directen Bronchoskopie extrahirt. (Corps étranger de la bronche droite, extraction par bronchoscopie directe.)** *Marseille méd. 1. December 1904.*

Ein 11 jähriges Kind aspirirt einen Korkstöpsel. Alle Zeichen wiesen darauf hin, dass der Fremdkörper im rechten Lungenlappen sass. Man dachte daran, sofort die Bronchoskopie vorzunehmen, allein der Zustand des Patienten war so alarmirend, dass man 10 Tage wartete. Nach vorangegangener Tracheotomie ohne Chloroform wurde unter Cocain-Anästhesie ein Tubus in den rechten Bronchus

eingeführt. Heftige Reflexe nöthigten, den Tubus wieder herauszuziehen. Auch am nächsten Tage musste man aus demselben Grunde den Tubus zurückziehen; unmittelbar danach aber wurde bei einem heftigen Hustenstoss der Fremdkörper und eine Quantität Eiter herausgeschleudert. Schnelle Heilung.

A. CARTAZ.

83) **A. Jeffries Wood** (Melbourne). **Ein Nagel im rechten Bronchus neun Monate lang; Heilung. (A tack in the right bronchus for nine months; recovery.)** *Australasian Gazette.*

Pat. war ein 5 jähriger Knabe; 6 Monate vor seiner Aufnahme in das Krankenhaus hatte er einen Nagel aspirirt. Es traten Hustenanfälle, Anzeichen von rechtsseitiger Pneumonie auf. Eine Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper in der Höhe der VI. Rippe, rechts neben der Wirbelsäule. Obwohl der Pat. noch 3 Monate lang im Hospital blieb, wurde kein Versuch gemacht, den Fremdkörper zu entfernen. Glücklicherweise hustete er ihn aus und genas so.

A. J. BRADY.

84) **Guisez. Fremdkörper des rechten Bronchus mittels der Bronchoskopie extrahirt. (Corps étranger de la bronche droite extrait par la méthode de la bronchoscopie.)** *Société de chirurgie. 19. Februar 1905.*

Der Fremdkörper war ein Zweifrankstück.

PAUL RAUGÉ.

85) **Sidney Jankauer. Fremdkörper im Bronchus; Entfernung mit Hülfe des Bronchoskops; Heilung. (Foreign body in the bronchus; removal with the aid of the bronchoscope; recovery.)** *N. Y. Medical Record. 11. Februar 1905.*

Pat. war ein 10 Monate altes Kind, das einen Apfelsinenkern aspirirt hatte. Weder bei der sehr schwierigen Laryngoskopie noch bei der Digitaluntersuchung konnte der Fremdkörper entdeckt werden. Die rechte Thoraxseite blieb beim Athmen zurück, es war über derselben ein schwaches inspiratorisches Pfeifen zu hören. Vier Stunden nach dem Unfall wurde die Tracheotomia inferior gemacht. Von der Tracheotomiewunde aus wurde das Bronchoskop bis zur Bifurcation vorgeschoben. Man sah den Fremdkörper mit dem einen Ende im rechten Bronchus eingekeilt, mit dem andern in der Trachea. Er konnte durch das enge Lumen des Bronchoskops nicht entfernt werden, so dass dieses und der Fremdkörper zusammen extrahirt wurden. Der Apfelsinenkern war 17 mm lang, 6 mm breit und 5 mm dick. Nach Einlegung einer Tracheotomiecanüle vollzog sich die Heilung ungestört.

LEFFERTS.

86) **W. B. Thistle. Bericht über einen Fall von Verlegung eines Hauptbronchus durch einen Schuhknopf. (Report of a case of obstruction of main bronchus by a shoe button.)** *Canadian Practitioner and Review. März 1905.*

Ein 8jähriges Mädchen wurde im Krankenhaus aufgenommen und an Pneumonie behandelt. Es wurde wegen Empyem operirt mit negativem Befund und ohne Erfolg. Zwei Monate später wurde bei einem Hustenanfall ein Schuhknopf zu Tage gefördert. Völlige Wiederherstellung.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

87) **Arnold Josefson** (Stockholm). **Zwei Fälle von Myxödem. (Tva fall af Myxödem.)** *Hygiea. S. 995. September 1904.*

Der erste Fall betraf einen 44jährigen Arbeiter, der in den letzten 7 Jahren gemerkt hatte, dass die Hände, Füsse und die oberen Augenlider zuweilen anschwollen. Objectiv sah man, dass die Gesichtshaut blass und ödematös in der Nähe der Augen war. Pat. war stumpfsinnig; — die Haut war kalt und trocken. Nach Gebrauch von Thyreoidintabletten wurde sein Zustand bedeutend besser; es stellte sich reichlicher Haarwuchs ein — und er fühlte sich warm und schwitzte.

Der andere Fall betraf eine 43jährige Frau, die 11—12 Jahre lang an ausgesprochenem Myxödem gelitten hatte. Heilung durch Thyreoidintabletten.

E. SCHMIEGELOW.

88) **Brissaud** und **Bauer** (Paris). **Basedow'sche Krankheit complicirt mit asthenischer Bulbospinalparalyse. (Syndrome de Basedow compliqué d'une paralysie bulbo-spinale asthénique.)** *Société de névrologie. 1. December 1904.*

Vorstellung eines eine weibliche Patientin betreffenden Falles.

PAUL RAUGÉ.

89) **R. Thienger** (Nürnberg). **Einige Beobachtungen über Möbius' Antithyreoïdin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1905.*

Bericht über 4 mit obigem Serum behandelte Fälle, 3 weibliche und 1 männlicher Patient. Bei den 3 weiblichen Patienten, von denen bei 2 vorwiegend nervöse Symptome vorherrschten, brachte das in relativ geringen Mengen verabreichte Serum hauptsächlich eine subjective Besserung des Allgemeinbefindens, ferner eine Hebung des Körpergewichtes und ein Absinken der Pulsfrequenz; die Struma blieb in allen 3 Fällen unbeeinflusst; der bei 2 Patientinnen bestehende Exophthalmus blieb gleichfalls unverändert. Fall 4 (männlicher Patient) bot einen plötzlich einsetzenden und rasch verlaufenden Basedow; hier brachte das Serum einen vorzüglichen Erfolg mit auffallendem Rückgang sämmtlicher Krankheitssymptome.

HECHT.

90) **H. Hempel** (Marburg). **Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoïdinserum (Möbius).** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1905.*

Unter Hinweis auf die Theorie, dass „Morbus Basedowii und Myxödem in ätiologischer Beziehung gegensätzliche Krankheiten sind", und dementsprechend das im Blute von Basedowkranken circulirende Gift möglicherweise dadurch unschädlich gemacht werden kann, dass man den Kranken Milch oder Serum von Thieren einverleibt, die man zuvor durch Entfernung der Schilddrüse myxödemartig krank gemacht hat, berichtet Hempel in extenso über einen einschlägigen Fall, der auf obiges Serum mit einer bedeutenden Besserung reagirte (Kleiner- und Weicherwerden der Struma, Herabminderung der Tachycardie, Zurückgeben des Exophthalmus, Hebung des Allgemeinbefindens.)

HECHT.

g. Oesophagus.

91) **Hugo Starck** (Heidelberg). **Bericht über ösophagoskopische Diagnostik.** *Münch. méd. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Nach Besprechung der Geschichte der Oesophagoskopie eingehende Erörterung der Technik, der diagnostischen und differentialdiagnostischen Verwerthbarkeit dieser Untersuchungsmethode, sowie Beschreibung des Instrumentariums.

HECHT.

92) **Ludwig Steiner** (Leipzig). **Ueber einen Fall von Mitbewegung der Sonde synchron den Athembewegungen bei Oesophaguscarcinom.** *Münch. med. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Bei einem an einem tiefsitzenden Oesophaguscarcinom erkrankten Patienten „rückte die eingeführte Sonde bei Inspiration deutlich tiefer (wurde quasi aspirirt), bei Exspiration höher". Die Section ergab eine feste Verlöthung des Oesophagus mit dem Zwerchfell; hierdurch erklärt sich das Symptom der Mitbewegung der Sonde beim Ein- und Ausathmen. „Am Hiatus oesophag. bildete der Oesophagus mit dem Zwerchfell eine compacte Masse mit vollständiger Verwischung der Organgrenzen. Das Zwerchfell war an dieser Stelle in eine einzige, grosse Tumormasse umgewandelt, die mit der des Oesophagus zusammenfloss."

HECHT.

93) **Kramer-Petersen** (Kopenhagen). **Ein Fall von idiopathischer Oesophagus-erweiterung. (Et Tilfaelde af idiopathisk Oesophagusdilatation.)** *Ugeskrift for Läger. p. 392. 1904.*

Bei einem 16jähr. gesunden Manne stellten sich ohne nachweisbare Ursache plötzlich Schlingbeschwerden ein. — Die genossenen Nahrungsmittel blieben zuerst in der Nähe der Cart. thyreoidea stecken, gelangten jedoch, nachdem einige Mundvoll erbrochen waren, in den Magen. Im Laufe von 14 Jahren stellten sich starke Schleimabsonderung, Erbrechen und nach den Mahlzeiten auftretende Brustschmerzen ein; 42 cm von den Zahnreihen bleiben alle Instrumente stecken. — Nach Eingiessen von Wismuth zeigt die Röntgenphotographie eine Erweiterung, die $^1/_2$ l fassen konnte.

E. SCHMIEGELOW.

94) **Lotheissen** (Wien). **Anaesthesie bei chirurgischen Erkrankungen, insbesondere der Speiseröhre.** *Wiener klin. Rundschau. No. 44. 1904.*

Das lösliche salzsaure Anaesthesin ersetzt das Cocain, ist ungiftig, löst sich in Wasser und ist in dieser Lösung haltbar, lässt sich sterilisiren und ist bedeutend billiger als Cocain. — In Verwendung kam stets eine $^1/_2$proc. Lösung in folgender Form zu subcutaner Injection:

Rp. Anaesthesini hydrochlor. 0,5
Morph. hydrochlor. 0,02
Natr. chlorat. 0,25
Aqu. sterilis. 100,0.

Zur Bepinselung der Schleimhäute setzt L. dieser Lösung noch 1 g Adrenalin hinzu.

CHIARI

95) **Carl E. Black. Fremdkörper im Oesephagus. (Foreign bodies in the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Februar 1905.*

In den beiden mitgetheilten Fällen wurde die Diagnose durch Röntgenstrahlen bestätigt. Vf. betont den Werth der Untersuchung mit dem Fluorescenzschirm während der Operation.

LEFFERTS.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) 72. Jahresversammlung der British Medical Association.

Oxford 27. bis 29. Juli 1904.

Section für Laryngologie und Otologie.

Erster Sitzungstag.

Vorsitzender: Charters Symonds.

Der Vorsitzende begrüsst in einer einleitenden Ansprache die aus Amerika, Canada, Berlin, Paris und Budapest erschienenen Gäste.

Onodi (Budapest) hat einen Vortrag geliefert, der in englischer Uebersetzung von Jobson Horne gelesen wird, über: „Sehstörungen und Erblindungen nasalen Ursprungs infolge Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen".

Die Resultate, zu denen O. auf Grund seiner Untersuchungen gelangt, sind folgende: Zur besseren Kenntniss der noch nicht genügend aufgeklärten Beziehungen zwischen Läsionen des Sehnerven und Nasenerkrankungen müssen rhinologische und ophthalmologische Untersuchungen Hand in Hand gehen. Nach O.'s Erfahrungen bedarf die gewöhnliche Meinung betreffs jener Beziehungen in mancher Hinsicht einer Correctur, besonders in Bezug auf die Rolle, die dabei den hinteren Siebbeinzellen zufällt. Das Verhältniss der hintersten Siebbeinzelle zum N. opticus erklärt die häufigen negativen Fälle in Bezug auf Sehstörungen bei Empyem, Caries und Necrose der Keilbeinhöhle. In Fällen von naher Beziehung zwischen Keilbeinhöhle und N. opticus können Verschiedenheiten in der Dicke der Keilbeinhöhlenwand in der Höhe des Foramen opticum eine Bedeutung bei dem Weiterschreiten des Processes haben. In den Fällen, wo die hinterste Siebbeinzelle die Wand des Canalis opticus bildet, kann die ausserordentliche Dünnheit dieser Scheidewand die Ausbreitung des Processes begünstigen. Die im Canalis opticus und in der vorderen seitlichen Wand der Keilbeinhöhle beschriebenen Fissuren können die directe Ursache von Perineuritis optica und intracraniellen und meningealen Symptomen sein. Die Ophthalmologen, die am besten die verschiedenen Ursachen für Neuritis optica und Sehnervenatrophie kennen, werden im Stande sein, festzustellen, ob einseitige Sehstörungen bei Keilbeinhöhlenerkrankung als charakteristisch betrachtet werden können, wie dies Lapersonne und Mendel gethan haben. O. giebt nach seinen eigenen Untersuchungen folgende Erklärung für einseitige Sehstörung in causalem Zusammenhang mit Nebenhöhleneiterung: In erster Linie muss betont werden, dass, wenn eine einseitige

Sehstörung auf eine Eiterung in den benachbarten Höhlen hinweist, ein causaler Zusammenhang nicht ausschliesslich auf die Keilbeinhöhle bezogen zu werden braucht, sondern auch die hinterste Siebbeinzelle muss in Betracht gezogen und einer genauen Prüfung unterzogen werden. Eine enge Beziehung auf beiden Seiten entweder zur Keilbeinhöhle oder hintersten Siebbeinzelle ist selten. In den meisten Fällen findet man entweder auf der einen Seite die Keilbeinhöhle und auf der andern die hinterste Siebbeinzelle in Beziehung zum Canalis opticus oder diese Beziehung besteht nur auf einer Seite, sei es zur Keilbeinhöhle oder zur hintersten Siebbeinzelle. In Fällen von gekreuzter Amaurose hat Halsted einen Durchbruch in die andre Keilbeinhöhle und eine lange bestehende Neuritis gezeigt; um dieses auffallende Zusammentreffen zu erklären, nimmt Hepburne an, dass zuerst eine Thrombose der Vena centralis bestand; in den analogen Fällen von Sargent F. Snow mag die Amaurose darauf zurückzuführen gewesen sein. Beide Hypothesen sind nicht plausibel. Dass gekreuzte Amaurose so entstehen kann, ergiebt sich aus O.'s Betrachtungen, nachdem nachgewiesen war, dass eine ausgedehnte rechte hinterste Siebbeinzelle in Contact mit beiden N. optici kommen kann, in den erwähnten Fällen, wo gleichzeitig ein Empyem der hintersten Siebbeinzelle bestand. Auch eine derartige Anomalie kann vorkommen, dass die hinterste Siebbeinzelle auf der anderen Seite einen Semicanalis ethmoidalis hat. Im Allgemeinen werden doppelseitige Sehstörungen als intracranielle angesehen, wenn auch die Möglichkeit einer beiderseitigen Keilbeinhöhlenaffection zugegeben wird. Wenn auch in den meisten Fällen eine doppelseitige Sehstörung intracraniellen Ursprungs sein wird, so muss man doch daran denken, dass nicht nur die Keilbeinhöhle, sondern auch die hinterste Siebbeinzelle in enger Beziehung zum N. opticus stehen kann; es kommt daher für eine beiderseitige Sehstörung nicht nur eine beiderseitige Keilbeinhöhlenerkrankung, sondern auch eine beiderseitige Siebbeinerkrankung ätiologisch in Betracht. Nach O.'s Beobachtungen kann es sich auch bei doppelseitigen Sehstörungen um eine einseitige Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle handeln, indem die beschriebene grosse Siebbeinzelle durch eine papierdünne gemeinschaftliche Wand von dem Chiasma und beiden Nervi optici getrennt sein kann.

Zweiter Sitzungstag.

Vorsitzender: Charters J. Symonds.

Die Discussion über „Aetiologie, Behandlung und Prognose von gutartigen Kehlkopfgeschwülsten“ wird eröffnet von

Dundas Grant: Viele Geschwülste im Kehlkopf hängen so eng mit Entzündungsprodukten zusammen, dass sie von ihnen nicht unterschieden werden können und sich in ihrer anatomischen Structur ihnen gleich verhalten. Ihre Verschiedenheit hängt im Wesentlichen davon ab, welche Elemente in der zusammengesetzten Structur der Kehlkopfschleimhaut hauptsächlich afficirt sind. Unter den gewöhnlichsten Kehlkopfgeschwülsten sind Papillome (Pachydermia verrucosa), im Wesentlichen identisch mit Pachydermie, wie sie sich in den charakteristischsten Formen am Processus vocalis und in der Interarytaenoidfalte

findet. Andere Geschwülste, wie Fibrome, Fibro-Papillome, Fibro-Adenome, Cysten und Angiome lassen sich ebenfalls als Producte von entzündlichen Vorgängen erklären. Diejenigen Theile der Stimmlippen, die der grössten Erschütterung und Reibung ausgesetzt sind, wie die Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel (der häufigste Knotenpunkt während der Phonation), die Processus vocales und die Interarytaenoidgegend neigen am meisten zu chronischen Entzündungen und Neubildungen. Im Interarytaenoidraum ist das Resultat eine diffuse Verdickung (Pachydermie), am Processus vocalis das typische pachydermische Knötchen. An der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der Stimmlippe kann ein „Sängerknötchen", ein grösseres oder kleineres Papillom, meist von weicher Beschaffenheit, ein breit oder gestielt aufsitzender Polyp mit ausnahmsweise drüsiger Structur seinen Sitz haben. Die Hauptursachen für Reizung des Larynx sind Ueberanstrengung oder falscher Gebrauch der Stimme und reizende Dämpfe oder staubige Luft: Auch übermässiges Rauchen, besonders von Cigarretten spielt eine Rolle. Auch eine zu Mundathmung führende Nasenverstopfung sowie eitrige Absonderung in der Nase können mit dazu beitragen.

Die Prognose hängt von der Zugänglichkeit der Tumoren für die Maassnahmen zu ihrer Entfernung und von der Möglichkeit, prädisponirende und excitirende Ursachen zu vermeiden, ab. Wenn die Geschwülste nicht entfernt werden, neigen sie zu Wachsthum und können ein Atemhinderniss abgeben. Spontanes Verschwinden kommt bei Papillomen vor; es kann aber nicht darauf gerechnet werden. Was die Recidive anbetrifft, so neigen nach Grant's Erfahrung gestielte Tumoren, die in der vorderen Commissur sitzen, nicht dazu, während bei solchen, die an der Verbindungsstelle zwischen vorderem und mittlerem Drittel der Stimmlippe breitbasig aufsitzen, ein Recidiv sehr wahrscheinlich ist, ebenso bei multiplen Papillomen.

Die Frage nach der Transformation gutartiger Geschwülste in bösartige knüpft sich besonders an die Papillome, die an exponirten Körperstellen die Tendenz haben, unter fortgesetzter Reizung sich in Epitheliome umzuwandeln. Die Semon'sche Sammelforschung hat ergeben, dass für den Larynx dies sehr selten zutrifft. Die Thatsache, dass eine Transformation bei 211 Fällen, bei denen keine Operation vorausgegangen ist und bei 249 Fällen, bei denen nicht operirt worden ist, je einmal vorkommt, spricht zu Gunsten der Operation. In den wenigen von Fauvel berichteten Fällen war nach der Entfernung der Geschwulst noch lange fortgesetzte Cauterisation mit Argent. nitr. gemacht worden.

Behandlung: Diese braucht nicht immer nothwendig operativ zu sein. Völlige Vermeidung aller reizenden und prädisponirenden Ursachen, z. B. absolutes Stillschweigen oder Flüstersprache einige Monate hindurch genügt bisweilen in Fällen von sehr kleinen auf Ueberanstrengung der Stimme zurückführenden Knötchen. Vermeidung von Staub und Rauch, Enthaltung von Alkohol und Tabak sind gleichfalls werthvolle prophylactische und therapeutische Factoren. Von vitaler Bedeutung ist die Correctur von Fehlern in der Stimmbildung. G. spricht sich sehr günstig über die von Holbrook Curtis angerathenen Stimmübungen aus und über eine methodische Atmungsmethode bei dem Gebrauch der Stimme. Daneben können gelegentlich Adstringentien angewandt werden.

Bei anderen Geschwülsten ist die Entfernung die einzige Behandlung, die in Betracht kommt; sie soll per vias naturales ausgeführt werden. Die Form des angewandten Instruments richtet sich nach der speciellen Erfahrung des Operateurs, sowie nach dem Sitz und der Natur der zu entfernenden Geschwülste. In England scheint man am meisten Modificationen von Morell Mackenzie's Instrumenten zu bevorzugen.

Zur Zerstörung des Stumpfes sind verschiedene Caustica angewandt worden, so Silbernitrat, Formalin, Chromsäure, Trichloressigsäure oder Salicylsäure; letztere eignet sich nach G.'s Erfahrungen besonders für Papillome. Neuere Erfahrungen haben ihn sehr für die Anwendung des galvanocaustischen Spitzbrenners eingenommen. Erwähnt muss auch die Methode werden, die darin besteht, dass ein tubenartiges Instrument mit scharfem Fenster so eingeführt wird, dass die Geschwulst — meist Papillome bei Kindern — von diesem Fenster gefasst und beim Zurückziehen der Röhre abgeschnitten wird. Tracheotomie hat bisweilen bei Kindern zum Verschwinden der Papillome geführt.

Cysten auf der lingualen Fläche der Epiglottis können abgerissen oder an anderen Stellen mittels des galvanocaustischen Messers incidirt werden; letzteres Instrument kann auch zur Zerstörung von Angiomen benutzt werden.

Die von Scanes Spicer empfohlene Combination der localen Anästhesie mit Chloroformnarkose hat zur Verbesserung der Technik beigetragen. G. hat auch die Anwendung von Mount Bleyer's Epiglottisheber als sehr nützlich befunden. Die Kirstein'sche Autoskopie ist für Geschwülste, die nahe dem Kehlkopfeingang sitzen, gut anwendbar.

Die Fälle, in denen gutartige Geschwülste des Kehlkopfs eine Operation von aussen her erforderlich machen, sind sehr selten. Wenn jedoch in einer sehr geschickten Hand alle endolaryngealen Versuche sich als nutzlos erwiesen haben, oder die Grösse oder der Gefässreichthum des Tumors intralaryngeale Massnahmen nicht ausführbar erscheinen lassen, so treten Eingriffe von aussen in ihr Recht. So kann bei Kindern wegen Papillomen die Tracheotomie nothwendig werden. Sie ist auch angebracht, um ein Geschwulst zu entfernen, die so tief im Larynx sitzt, dass sie durch endolaryngeale Instrumente nicht mehr erreicht werden kann. Thyreotomie sollte man zu vermeiden suchen im Hinblick auf die durch mangelhafte Coaptation der Stimmlippen resultirende Beeinträchtigung der Stimme. Diese Operation gestattet eine vollkommene Exstirpation und Recidive sind danach seltener, jedoch durchaus nicht ausgeschlossen.

Albert Rosenberg (Berlin) dankt zunächst für die an ihn ergangene ehrenvolle Einladung. Er erinnert an die seltenen Fälle, in denen in der vorlaryngoskopischen Zeit Kehlkopftumoren per vias naturales entfernt wurden, an die spontane Expulsion von Polypen durch Hustenstösse und an das gelegentliche Verschwinden von Papillomen nach exanthematischen Krankheiten. Andrerseits hat R. niemals spontanes Verschwinden einer Kehlkopfgeschwulst nach Beseitigung einer Nasenverstopfung gesehen, wie Lennox Browne und andre beobachtet haben. Von Inhalationen, Insufflationen und Injectionen hat R. keinen Erfolg

gesehen. Ob adstringirende Behandlung bei entzündlichen Knötchen, wie auch bei den sogenannten „Sängerknötchen“ einen Nutzen hat, ist eine offene Frage, da man nicht weiss, wieviel der gleichzeitigen Schonung der Stimme zu verdanken ist. Im Ganzen besteht die einzig richtige Behandlung in der operativen Entfernung. In erster Linie steht die endolaryngeale Methode und muss dieselbe fast stets zur Anwendung kommen. Bei drohender Asphyxie oder wenn Grund zu der Befürchtung besteht, dass ein interlaryngealer Eingriff eine derartige Schwellung der Schleimhaut herbeiführen kann, dass eine ernste Dyspnoe daraus resultiren kann oder wenn eine Operation per vias naturales nicht den gewünschten Erfolg verspricht, dann wird eine Operation von aussen nothwendig. Wenn die Tracheotomie nicht gebieterisch ihr Recht fordert, so soll die Behandlung stets per vias naturales ausgeführt werden. Die Anwendung von Cocain hat die endolaryngealen Operationen im höchsten Grade vereinfacht. Ein Nachteil des Cocain ist, dass nach seiner Application die Stimmlippe schlaff wird und auf reflectorische Reizung nicht straff wird; daher kommt es, dass eine ungeübte Hand leicht ein Stück von ihr mit der Neubildung entfernt. Bei Kindern wird oft allgemeine Narkose nothwendig, bei Erwachsenen nur in den extrem seltenen Fällen von übermässiger reflectorischer Reizbarkeit oder Nervosität. In 20 jähriger Praxis hat R. nur einmal bei einem Erwachsenen sich zur Narkose entschliessen müssen. Die Anästhesie darf nicht tief sein, sonst wird der sitzende Patient zu schlaff und kann nicht in seiner Lage gehalten werden, ferner bedeckt der reichlich secernirte Speichel den Spiegel und im Falle einer heftigen Blutung würde das Blut inspirirt werden. Es empfiehlt sich, auch den Larynx zu cocainisiren, da bei den leichteren Graden von Anästhesie die Reflexe nicht völlig ausgelöscht sind. R. bespricht dann die besonderen Schwierigkeiten der Behandlung von Papillomen im Kindesalter; sie bestehen in der Weigerung der Patienten, sich laryngoskopiren zu lassen. Was die Intubation betrifft, so besteht bei ihr die Gefahr einer möglicherweise eintretenden Dissemination der Geschwülste. Für endolaryngeale Eingriffe bevorzugt R. die schneidende Curette; er demonstrirt ein solches von ihm angegebenes Instrument. Es ist nach dem Princip des Landgraf'schen construirt und gestattet, wenn es an den Rand der Stimmlippe angelegt wird, alles, was über diesen hinaussteht, glatt abzuschneiden. Mit diesem Instrument hat R. ganze Sängerknötchen und breite flach aufsitzende Tumoren, die nur ein wenig über den Rand der Stimmlippe hinausragten und an denen die Zange leicht abglitt, abgeschnitten. R. bespricht dann den Gebrauch von Schlingen zur Entfernung von Papillomen: sie sind besonders nützlich, wenn ein relativ grosser Tumor, der an einem dünnen Stil sitzt, entfernt werden soll. In der Absicht, den Schlingencharakter mit der Nützlichkeit eines schneidenden Instruments zu combiniren, hat R. eine Schlinge nach dem Princip der Jaenicke'schen angegeben. Diese Schlinge kann, wenn sie zugezogen ist, durch einfaches Vorwärtsstossen des Schiebers wieder geöffnet werden; der Tumor wird dann mit der Schlinge gefasst und rein abgeschnitten. Zum Schluss wendet sich Redner zur Besprechung der Amyloidtumoren, Lipome, Myxome, Adenome, Angiome und Thyreoidtumoren. Die Behandlung cavernöser Angiome per vias naturales sollte nicht versucht werden.

Es folgt die allgemeine Discussion:

Adolph Bronner (Bradford) spricht über die Anwendung von Formalin bei der Behandlung von Papillomen und fragt, ob andre Erfolge damit erzielt haben.

N. C. Haring (Manchester) berichtet über Kehlkopfgeschwülste, die secundär nach Nasenaffectionen oder gleichzeitig mit ihnen auftreten. Er zieht M. Mackenzie's Zange vor und combinirt Cocain und Adrenalin zur localen Anästhesie.

Greville Macdonald (London) hat niemals spontanes Verschwinden von Papillomen beobachtet. Er war überrascht über die Schnelligkeit, mit der Recidive beim Papillom auftraten. Er hält die Vornahme einer äusseren Operation bei Papillomen im Kindesalter für ungerechtfertigt. Beim Gebrauch von Schlingen besteht das Risico, dass die Geschwulst in die Trachea fällt.

Watson Williams (Bristol) betrachtet die Sängerknötchen als entzündlichen Ursprungs und hält Schonung der Stimme per se als das wirksamste Mittel.

St. Clair Thomson (London) erklärt sich gegen den Gebrauch der Schlinge und für die Mackenzie'sche Zange.

Price-Brown (Toronto) hat in jedem Fall von Papillomen bei Kindern adenoide Vegetationen gefunden. Er hält das Klima für einen wesentlichen Factor, indem die Geschwülste in einem trockenen Klima abnehmen.

Scanes Spicer (London), Herbert Tilley (London) betheiligen sich ebenfalls an der Debatte.

E. B. Waggett (London) spricht sich zu Gunsten der Thyreotomie bei gewissen benignen Geschwülsten aus.

Der Vorsitzende Charters Symonds (London) schliesst die Discussion mit der Constatirung, dass die allgemeine Stimmung zu Gunsten der endolaryngealen Operationen ist.

Dritter Sitzungstag.

Discussion über „Intranasale Erkrankungen als ein entscheidender Factor bei der Entstehung von Kehlkopf- und Lungenaffectionen".

Greville Mac Donald: Die Schwierigkeit des Gegenstands besteht darin, dass die Meinungen der Autoren sich widersprechen, die klinischen Thatsachen nicht mit einander in Einklang zu bringen sind und von Seiten der Physiologen wenig zur Klärung beigetragen wird. Redner theilt einige Beobachtungen mit und theilt seine Fälle in 3 Klassen; 1. Solche, in denen Heilung oder Besserung von Asthma durch Beseitigung von Nasenverstopfung erzielt wird, die ein Athmungshinderniss abgegeben oder einen Druck verursacht hat. 2. Solche, in denen Behandlung irgend welcher andern Abnormität in der Nase in gleichem Maasse sich erfolgreich erweist, und 3. solche, bei denen die blosse Cauterisation der Schleimhaut in einer gesunden Nase Heilung oder Besserung bringt. In der ersten Klasse sind

die günstigsten Formen von Verstopfung: vordere Hypertrophien der unteren Muschel, ferner Septumverbiegungen und Leisten, sodann adenoide Vegetationen und schliesslich Nasenpolypen. In der zweiten Klasse findet sich allgemeines Oedem der Schleimhaut, besonders wenn gleichzeitig excessives Niesen vorhanden ist, häufig auch bei chronischem Asthma bronchiale. Nicht selten wird in diesen Fällen durch Galvanokaustik Heilung erzielt. Atrophische Rhinitis kann gleichfalls für Asthma verantwortlich gemacht werden und Besserung des Zustandes der Nase kann Verschwinden der Bronchialsymptome zur Folge haben. In der dritten Klasse bringt blosse Cauterisation der Schleimhaut, die den oberen Theil der Cartilago triangularis bedeckt, häufig Besserung und sogar Heilung des Asthma.

Redner lenkt dann die Aufmerksamkeit auf folgende drei Punkte: 1. Wenn ein Patient über heftige und häufige Erkältungen klagt und sich irgendwelche Abnormitäten in der Nase finden, so kann man fast versprechen, dass man mit Heilung der Nasenabnormität die Neigung zu Erkältungen beseitigen wird. 2. Wenn ein Patient über Niesparoxysmen klagt, sei es über täglich oder in längeren Intervallen auftretende Attacken, so kann man einigermaassen sicher sein, ihn durch Beseitigung der Nasenaffection zu heilen. 3. Ein Patient, der an Polypen leidet, weniger häufig, wenn eine andere Art von Nasenverstopfung vorliegt, erkältet sich bisweilen, häufig sogar sehr schwer. und erkrankt an Rhinitis, Laryngitis oder Bronchitis, wenn die Nasenverstopfung beseitigt ist. Redner fasst seine Ausführungen in folgendem Satz zusammen: Jede Behandlung, die die Irritabilität der Schleimhaut herabsetzt, sei es durch Operation und Lüftung von abnormer Weise verdeckten Schleimhautpartien, oder durch Abhärtung von hyperästhetischen Zonen mit dem elektrischen Brenner, oder auch durch Anwendung von Cocain, kann in dem Ausbruch von katarrhalischen Anfällen Modificationen oder Stillstand herbeiführen, sei es, dass diese sich in Niesanfällen, Laryngitis, Bronchitis oder Asthma äussern.

Samuel West (London) theilt die Nasenaffectionen, bei denen von Seiten des Respirationstracts Schwierigkeiten bestehen, gleichfalls in 3 Gruppen: 1. Obstructive, wo die freie Passage der Luft durch die Nase behindert ist. 2. Infectiöse, wo entzündliche oder infectiöse Processe durch Infection von der Nase aus in den Athmungsorganen entstehen. 3. Irritative, wo reflectorisch durch Reizung von der Nase aus Erscheinungen von Seiten der Athmungsorgane auftreten. Was die obstructive Gruppe anbetrifft, so sagt Redner, dass mechanische Verstopfung in der Nase nicht an und für sich irgend eine respiratorische Affection verursacht, wenn nicht, wie dies bisweilen bei Kindern vorkommt, gleichzeitig adenoide Vegetationen und vergrösserte Tonsillen vorhanden sind; dann können daraus Deformitäten des Thorax, wie Hühnerbrust, entstehen. Was als eine nothwendige Folge der Nasenverstopfung angesehen werden muss, ist Mundathmung; die Luft wird dann nicht, wie es bei dem Durchgang durch die Nase der Fall ist, gewärmt und filtrirt, dadurch wird der Mund und Rachen trocken und reizbar und es resultirt fast unvermeidlich daraus eine chronische Pharyngitis. Nebenbei werden die Theile für Infection vorbereitet. In Bezug auf die infectiöse Gruppe sagt Redner, dass, wenn Mund und Pharynx feucht und unaus-

gesetzt von Speichel bespült werden, die mit der Inspirationsluft aufgenommenen Keime beseitigt werden, oder doch jedenfalls keinen Boden zum Wachsthum finden. Besteht jedoch Mundathmung, so ist der Belag, der sich auf der Zunge bildet und hauptsächlich aus eingetrocknetem Secret und Zellen besteht, eine Brutstätte für Keime aller Art. Befinden sich unter diesen pathogene, z. B. der Pneumococcus, so kann eine sehr ernste Infection sich ergeben. Würde man an diese Gefahr bei specifischen fieberhaften Erkrankungen, besonders des Kindesalters, mehr denken, so würde die Häufigkeit von Pneumonie und Bronchitis erheblich abnehmen. Beim Bestehen eines acuten infectiösen Zustands in der Nase ist es sehr wahrscheinlich, dass die Infection sich direct auf die benachbarten Theile ausbreitet. Das treffendste Beispiel dafür ist die diphtherische Rhinitis. Aber auch bei gewöhnlichem Katarrh ist nichts häufiger, als dass er in der Nase beginnt und sich von da auf den Pharynx und selbst die Athmungsorgane ausdehnt. Diesen Weg der Ausbreitung ihres Katarrhs geben die Patienten selbst gewöhnlich an, wenn sie den Verlauf ihrer Erkältung schildern. Man kann diese Katarrhe oft durch antiseptische Ausspülungen des Mundes und Rachens coupiren, so dass der Weg der Ausbreitung abgeschnitten wird; noch besser erreicht man dieses, indem man die Infectionsquelle in der Nase beseitigt.

Am interessantesten, sagt West, ist die dritte Gruppe der irritativen oder reflectorischen Störungen. Husten, oft von paroxysmalem Charakter, findet sich bei Nasenaffectionen ungemein häufig. Selbstverständlich ebenfalls sehr häufig ist paroxysmenartig auftretender Schnupfen. Daneben giebt es verschiedene subjective Empfindungen, die durch Nasenaffectionen hervorgerufen werden, z. B. Druckgefühl in der Brust oder Kurzathmigkeit, oder sogar Dyspnoe. Alle diese Zustände können zu Asthma Beziehung haben, aber sie sind nicht an sich Asthma oder, wie man es auch genannt hat, nothwendigerweise asthmatische Phänomene. Es ist für alle Diejenigen, die wissen, dass wirkliches Asthma eine nicht gewöhnliche Krankheit ist, sehr überraschend, wenn einzelne Autoren von 300, 400, ja 500 Fällen sprechen, die sie in wenigen Jahren gesehen haben. Man muss sich wundern, wo sie die herbekommen. W. zweifelt, ob man gegenwärtig unter den 5 Millionen Einwohnern Londons 500 Fälle von wirklichem spasmodischem Asthma auffinden würde. Es ist nur anzunehmen, dass von jenen Autoren die Bezeichnung „Asthma“ in einem sehr weiten und umfassenden Sinn gebraucht wird und ihre Zahlen können nur dadurch zu Stande kommen, dass dabei nicht nur die oben erwähnten asthmatischen Phänomene, sondern noch viele andere Phänome von zweifelhafter Natur mit eingerechnet werden. Acceptirt man jedoch, um eine Discussion zu ermöglichen, die gegebenen Zahlen, so muss man erwägen, wie weit sie die Häufigkeit eines Zusammentreffens von Asthma und Nasenaffectionen beweisen. Man kann das Problem auf zwei Wegen angreifen: 1. Man nimmt eine Anzahl von Asthmafällen und constatirt die Häufigkeit von Nasenerkrankungen unter ihnen.

So fand Lublinski unter 500 Fällen 143 mit pathologischen Verhältnissen in der Nase (28 pCt.); von diesen 143 wurden 27 geheilt (20 pCt.) und 13 gebessert (10 pCt.), im Ganzen 30 pCt. Francis hat unter 402 Asthmafällen

56 mal (13,9 pCt.) Nasenaffectionen gefunden; nur sehr wenige von diesen wurden durch die Behandlung gebessert. Um den reellen Werth solcher Statistiken zu beurtheilen, muss man wissen, wie häufig jene Veränderungen in der Nase sich bei gesunden Leuten finden. 2. Man nimmt eine Anzahl von Patienten mit Nasenaffectionen und bestimmt die Häufigkeit von Asthma unter ihnen. Asthma fand sich bei Nasenpolypen 9 mal unter 300 Fällen (Böcker), 7 mal unter 200 Fällen (Hering) = 3,2 pCt. Schmiegelow's Procentsatz ist höher, nämlich 3 von 39 Fällen von Nasenpolypen (22 pCt.) und 40mal bei 502 Fällen chronischer Rhinitis. Francis hat in einer neuen Arbeit behauptet, dass, wenn Asthma mit Nasenaffectionen verbunden ist, die Aussichten auf Besserung durch Behandlung weniger versprechend wären, als wenn keine grobe Erkrankung vorhanden wäre. Alle diese Statistiken sind unbefriedigend und zwar wegen der unbestimmten Definition des Begriffs „Asthma", jedoch genügen sie, um einen Zusammenhang festzustellen. W. sagt, dass er selbst in seiner Praxis Fälle gesehen hat, in denen wahres Asthma bei Personen, die vorher nicht asthmatisch waren, durch intranasale Eingriffe hervorgerufen wurde. Man kann also in der That einen Zusammenhang zwischen Asthma und intranasaler Erkrankung annehmen, jedoch ist dieser Zusammenhang bei Weitem nicht so häufig, wie es die Statistiken glauben machen. Vf. glaubt nicht, dass eine Person, die nicht schon asthmatisch war, auf diesem Wege asthmatisch werden kann. Hinsichtlich der Resultate der Behandlung stimmt er mit Sir Felix Semon überein, dass, wenn auch in einigen Fällen Besserung entsteht, die Aussicht auf Heilung sehr gering ist. Asthma ist seiner Ansicht nach eine Respirationsneurose und gleicht genau der Epilepsie. Ist die asthmatische oder epileptische Disposition gegeben, so kann der Anfall von verschiedenen Theilen des Körpers aus ausgelöst werden. Es ist also zur Regel zu machen, dass man nach einer solchen Reizquelle suchen soll, um sie, wenn man sie auffindet, zu beseitigen. So ist es durchaus angebracht, bei Asthma, wenn eine Nasenaffection besteht, die Wirkung einer Behandlung zu versuchen. Es kann eine Erleichterung erzielt werden, obwohl eine Heilung unwahrscheinlich ist. Den bei Asthma durch Behandlung einer gesunden Nase erzielten Effect kann man damit vergleichen, dass es bisweilen gelingt, einen epileptischen Anfall dadurch zu coupiren, dass man ein Band fest um das Bein unterhalb des Knies legt. Da Asthma eine Neurose ist, so muss immer bei der Beurtheilung des Behandlungsresultats auch der psychische Eindruck mit in Rechnung gezogen werden. Vf. kommt zu dem Schluss, dass in Anbetracht der Schwierigkeiten bei der Behandlung des Asthma's, man immer über die Auffindung einer Reizquelle in der Nase oder an einer andern Körperstelle froh sein sollte, da man hoffen könne, vielleicht von hier aus Besserung zu erzielen.

A. J. Brady nimmt eine Mittelstellung zwischen den von den beiden Vorrednern ausgedrückten Meinungen ein; er theilt Fälle von erfolgreicher Behandlung durch Beeinflussung von der Nase aus mit.

Colin Campbell (Southport) berichtet über Fälle, in denen in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen in der Nase nichts Pathologisches zu finden ist, bei denen aber während des Anfalls Schwellung der Nasenschleimhaut mit

Verstopfung vorhanden ist. An Stelle des Galvanokauters benutzt er Radium; er äussert sich ferner günstig über den Gebrauch intranasaler Injectionen bei Asthma.

Walker Downie (Glasgow) ist der Ansicht, dass Nasenpolypen eine häufigere Ursache für Asthma bilden, als behauptet worden ist. Wird das Asthma durch die Entfernung der Polypen nicht gebessert, so ist letztere unvollkommen gewesen und es sind Polypen — wahrscheinlich in den weiter oben gelegenen Teilen der Nase — zurückgelassen worden.

St. Clair Thomson (London) meint, dass Asthmafälle nicht so häufig wären. Es handelt sich häufig nur um Patienten, die des Nachts durch den Mund athmen und Suggestion spielt bei der Sache eine sehr grosse Rolle.

Alex. Francis (London) hat gefunden, dass die Nase bei der Mehrzahl der Asthmatiker normal ist und dass die Rolle der Polypen überschätzt wird. Die Beziehung zwischen Asthma und Nase betrachtet er nicht als die einer nasalen Erkrankung, sondern als eine „Austauschhemmung".

Watsón Williams (Bristol) betrachtet Asthma als eine Neurose und glaubt nicht daran, dass je eine intranasale Behandlung allein den Patienten heilen kann. Er hat den faradischen Strom von Nutzen gefunden.

Hemington Pegler (London) bemängelt die Correctheit der Diagnose auf Asthma in vielen Fällen.

Scanes Spicer (London) giebt zu, dass er bei Anwendung des Ausdrucks „Asthma" in Verlegenheit ist, genau zu definiren, was er meint. Er verlangt eine genauere Präcisirung der Begriffe „Asthma", „bronchitisches Asthma" und ähnlicher Ausdrücke. Er kann nicht behaupten, Fälle von wirklichem Asthma geheilt zu haben.

Mackay Macdonald (London) führt einen Fall von wahrem Asthma an, bei dem der Patient eine grosse Perforation der Cartilago triangularis hatte.

N. C. Haring (Manchester) meint, man müsse bei der Behandlung des Asthmas mehr die Ursachen peripherischer Natur in Betracht ziehen.

Price-Brown (Toronto) hat keinen Effect von Polypenextraction bei Asthma gesehen.

Herbert Tilley (London) hat 7 Fälle von Asthma nach der Methode von Francis behandelt und zwar mit guten Resultaten. Zwei wurden geheilt, drei gebessert und bei zwei blieb die Behandlung erfolglos. Es handelte sich stets um wahres Asthma.

Smurthwaite (Newcastle) ist ebenfalls der Meinung, dass es sich in vielen Fällen von sogenanntem Asthma gar nicht um Asthma handele.

Newcomb (New York) hat Fälle von Asthma gesehen, in denen Heilung eintrat, nachdem die Patienten anstatt auf einem Federkissen auf einem Haarkissen oder statt in einem Ziegelhaus in einem Holzhaus schliefen.

Der Vorsitzende und Charters Symonds schliessen die Discussion und Greville Macdonald erhält das Schlusswort.

Eugen S. Yonge (Manchester) hält einen Vortrag über: „Einige Beobachtungen über den Entstehungsmodus der Nasenpolypen“. Er kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Schleimpolypen der Nase sind in der Mehrzahl der Fälle wahrscheinlich eine Folge, sicher aber eine Begleiterscheinung von Entzündungen der Schleimhaut in den Nebenhöhlen.

2. Der primäre, mechanische Process besteht in einem localisirten Oedem der entzündeten Schleimhaut; dieses Oedem entwickelt sich in Folge gewisser structureller Eigenthümlichkeiten der Schleimhaut in der Mehrzahl der Fälle nicht an beliebigen Stellen in der Nase, sondern an einem Theile der mittleren Muschel und des mittleren Nasenganges.

3. Die bestimmende Ursache für das Oedem an den angeführten Stellen ist Degeneration und cystische Dilatation der Schleimdrüsen.

4. Die eigenthümliche Gestalt, die die Polypen bisweilen annehmen, ihre Zahl, wahrscheinlich auch das in manchen Fällen sich zeigende Auftreten von Recidiven und andere diesen Geschwülsten zukommende Eigenthümlichkeiten sind darauf zurückzuführen, dass die ödematöse Schleimhaut sich in Falten legt und dass die normaler Weise vorhandenen Falten ödematös werden. Einige von den Falten nehmen schnell an Grösse zu durch Resorption seröser Flüssigkeit und begünstigt durch ihre Schwere und präsentiren sich schliesslich in der Form der der gewöhnlichen Schleimpolypen.

5. Die „polypoiden“ Auswüchse, die sich an der unteren Muschel und seltener am Septum zeigen, unterscheiden sich im Allgemeinen ausgesprochen in ihrer mikroskopischen Structur von den Schleimpolypen und obwohl sie einen gemeinsamen entzündlichen Ursprung haben, stellen sie etwas Verschiedenes dar, hauptsächlich in Folge der ungleichen Structur der Schleimhaut an den Partien, wo sie ihren Ursprung nehmen.

Walker Downie: Zweiundeinhalbjährige Erfahrungen mit subcutanen Injectionen von Hartparaffin zur Entfernung von Nasendeformitäten.

Die Erfahrungen des Redners basiren auf einer Serie von über 100 Fällen. Mit einer Ausnahme trat niemals weder bei der Operation oder in der Folgezeit irgend welche Complication auf. D. giebt eine detaillirte Beschreibung seiner Technik, der Vorbereitung des Patienten, der angewandten Paraffinsorte, der Spritze, er behandelt die Frage von der Anästhesie und theilt schliesslich die Resultate in seinen Fällen mit. In jedem Fall wurde die Gestalt der Nase verbessert, in den meisten Fällen sogar ganz erheblich und die Besserung schritt mit der Zeit noch weiter fort. Die Verfärbung und der Glanz der Haut, die einige Wochen nach der Operation bestanden, verschwanden, die Haut wurde weich und normal, so dass einige Monate nach der Operation nichts mehr zu sehen war. Hohe Körpertemperaturen, Aufenthalt in grosser Hitze oder in heissem Klima veränderte in keiner Weise die Form oder Lage des injicirten Materials. Redner hält die Operation, wenn mit der nöthigen Vorsicht ausgeführt, für durchaus gefahrlos.

Ist die Haut über der eingesunkenen Partie gesund, so kann die Form der Nase in allen Fällen verbessert werden und meist kann der Defect völlig beseitigt werden.

Hemington Pegler macht eine Mittheilung über „Gutartige Neubildungen der Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung der blutenden Polypen".

Es handelt sich um eine Serie von Fällen blutender Septumpolypen.

Jobson Horne.

---

b) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. November 1904.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.

Schriftführer: Dr. Marschik.

1. Menzel: Vorstellung eines Patienten mit einer Kiefercyste, welche von einem retinirten Eckzahn ausgeht. Aus paradentären Resten, medial vom Zahn, entwickelte sich eine Cyste, deren Inhalt gelegentlich eines Traumas auf die rechte Wange inficirt wurde.

2. Marschik stellt einen Fall von Tuberculosis nasi et palati duri et mollis vor, bei welchem eine antiluetische Cur von Erfolg begleitet war. Für Tuberculose spricht das Aussehen des Processes, namentlich in der Nase, sowie der histologische Befund (miliare Knötchen, Epitheloid- und Riesenzellen).

Discussion: O. Chiari bemerkt, dass auch Tuberkelbacillen in dem Nasentumor nachgewiesen wurden, aber jetzt in Folge Alters der Präparate nicht mehr zu sehen sind.

Roth entscheidet sich für Lues auf Grund der Jodquecksilbercur.

Hanszel erinnert an einen analogen Fall, den er im Vorjahre vorstellte. Dass eine antiluetische Behandlung manchmal bei chronischen Formen von Tuberculose günstige Erfolge aufweist, ist bekannt, doch tritt bei fortgesetzter antiluetischer Cur in den Fällen von Tuberculose keine weitere Besserung ein.

Heindl meint, dass die Tuberculose sich erst secundär auf luetischem Boden entwickelt.

Harmer meint, dass in diesem Falle der Infectionsmodus nicht klar sei.

Fein glaubt an Tuberculose, weil die antiluetische Cur keine vollständige Heilung brachte, was Heindl als nicht beweisend anspricht.

Weil fragt nach dem histologischen Befund aus dem gegenwärtigen Zustande, was Marschik dahin beantwortet, dass gegenwärtig kein typisch tuberculöser Befund vorliegt.

3. Kofler stellt eine Patientin vor, bei welcher in Folge Eiterung der Kieferhöhle Sequesterbildung auftrat, vorzugsweise der vorderen und medialen Wand und auch des Bodens des Antrums.

4. Hanszel berichtet über einen günstigen Erfolg bei combinirter Anwendung von Thiosinamin- und Vaselininjectionen.



5. Hanszel demonstrirt ein Präparat einer offenbar congenitalen Cyste mit atherombreiartigem Inhalt, die Prof. Chiari mit galvanokaustischer Schlinge vom Arcus palatopharyngeus eines wenige Monate alten Kindes entfernte.

6. Kahler demonstrirt Präparate einer Epiglottiscyste und entwickelt seine Ansichten über die entodermale Natur.

7. Glas stellt Präparate vor von einem Lipom der Tonsille, von einem Tonsillarpolypen mit Schleimdrüsenbildung, von einem Teratom der Fossa supratonsillaris, sowie Sarkolyten in einem Tonsillarfollikel, was bisher noch nicht beschrieben wurde.

8. Weil demonstrirt Röntgenbilder von Nebenhöhlen, die mit Bleisulfat ausgefüllt sind, worunter auch ein Fall von zweigetheilter Stirnhöhle sich befindet, den Menzel mit einer vorgeschobenen Siebbeinzelle ungezwungener erklären möchte.

Sitzung vom 7. December 1904.

1. Kahler stellt drei Fälle von congenitaler Choanalatresie vor, die die Körner-Waldow'sche Theorie bestätigen, welcher Ansicht sich Roth anschliesst.

2. Kahler entfernte endolaryngeal ein Knochenstück aus dem subglottischen Raume, welcher Fremdkörper demonstrirt wird.

3. Fein beobachtete einen Fall, in welchem ein borstenartiger Fremdkörper in die Schleimhaut der hinteren Rachenwand eingedrungen, unter derselben eine Strecke weit vorgedrungen war und mit dem einen Ende wieder an einer zweiten Stelle heraustrat. Dazu sprechen Weil und O. Chiari, welcher betont, dass solche „Durchstiche" schon einigemale beobachtet wurden.

4. Chiari spricht über eine subperichondrale Resection des deviirten Septums, wozu Weil bemerkt, dass O. T. Freer einen ähnlichen Schnitt angab.

5. Heindl stellt einen Fall von Ulcera des harten Gaumens vor. Es handelt sich um Tuberculose auf luetischem Boden. Hanszel-Chiari.

---

c) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 24. November 1904.

Vorsitzender: E. Löri.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. E. Baumgarten: Neubildung des Nasenrachenraumes.

Patientin hat seit 2 Jahren keine Luft durch die Nase. Der weiche Gaumen ist stark vorgewölbt, der ganze untere Antheil des Nasenrachenraumes durch eine lappige harte Geschwulst versperrt. Entfernung mit der kalten Schlinge, wobei sich herausstellte, dass die Geschwulst von der inneren Fläche des weichen Gaumens ausging. Histologische Untersuchung erwies Fibrom.



2. E. Baumgarten: Entfernung eines grossen Sequesters luet. Ursprungs aus der Nase.

3. A. Irsai: Fall von Rhinosklerom.

Der rechtsseitige Nasenflügel ist knorpelhart, die Schleimhaut glatt; Nasenöffnung trichterförmig verengt; hintere Rachenwand höckerig, narbig. Typisches Scleromgewebe.

4. A. Irsai stellt 1. einen deutlich ausgeprägten, die ganze hintere Wand des Rachens einnehmenden Lupus und 2. einen Lupus des Gaumensegels vor.

5. H. Zwillinger: Fall von Vincent'scher Tonsillitis ulcerosa.

Patient hat seit 5 Tagen Halsschmerzen, Fieber. An der linken Tonsille ein 2 cm langer, 1 cm breiter, mit einem dichten weissgrauen Belage bedeckter Substanzverlust. Die bakteriologische Untersuchung ergab den Bacillus fusiformis und die bekannten Spirillen.

6. M. Steiner: Fall von Atresia nasi.

Stellt einen Kranken vor, bei welchem in Folge von Lupus die rechte Nasenöffnung linsengross, die linke vollständig verschlossen ist. Kranker wird nach folgendem Plan operirt: Aufschlitzung der Nase neben dem Nasenrücken, parallel demselben; Entfernung der eventuell vorliegenden Narbenbildungen und Transplantation eines Thiersch'schen Lappens; Nasenöffnungsplastik.

Sitzung vom 15. December.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: H. Zwillinger.

1. Navratil: Polypus fibrosus cavi nasopharyngealis.

Bei der Rhinoscopia posterior ist eine Geschwulst von der Grösse und Gestalt einer Birne sichtbar; dieselbe ist derb anzufühlen, sitzt mit breiter Basis auf und hängt mit der linken oberen Muschel zusammen. Entfernung mittelst einer heissen Schlinge aus Platindraht. Die histologische Untersuchung ergab einen fibrösen Polypen.

2. Navratil: Carcinoma laryngis (?)

Kräftiger Mann von 68 Jahren mit gesunden inneren Organen. Seit 3 Jahren andauernde Heiserkeit, welche jedweder localen Behandlung trotzte. Rechtes Stimmband infiltrirt, in der Mitte geschwulstartig vorgewölbt. Hinterwand des Kehlkopfes infiltrirt. Makroskopische Diagnose Kehlkopfkrebs. Es wird die Probeexcision ausgeführt werden und wenn der histologische Befund für nicht verhornten Plattenepithelkrebs spricht, die Larynxexstirpation vorgenommen.

3. Navratil: Fall von Atresia introit. nar.

Der Kranke wurde in vorhergehender Sitzung vor der Operation demonstrirt. Die Operation wurde ausgeführt, wie vorher angegeben. Nach der Operation beiderseits Nasenlöcher von der Grösse und Gestalt der normalen; freie Nasenathmung.

4. A. Irsai: Mit Thiosinamin behandelte Fälle von Oesophagusstrictur.

I. behandelte 9 derartige Fälle nach Laugenverätzung. Vortr. meint, dass das Mittel die Narben zu erweichen vermag, wodurch die Dilatation mit Hilfe der Sonde dann leichter von Statten geht.

5. Donogány: Fälle von blutendem Septumpolyp.

In der rechten Nasenhälfte ein bohnengrosser, graurother, gestielter, leicht blutender Polyp. Entfernung desselben. Histologische Diagnose: Angioma cavernosum.

M. Paunz: Fall von Carcinoma nasi.

Kranker wurde vor einem Jahre nach Partsch'scher Methode operirt. Die ganze linke Nasenhälfte ist gegenwärtig durch eine Geschwulst ausgefüllt, welche von den lateral-hinteren Partien des unteren Nasenganges ausgeht und auch in die Choanen hineinwuchert. Histologischer Befund: Carcinom.

H. Hülse: Fall von Carcinoma nasi.

Die Nase wurde vor $1^1/_2$ Jahren durch Bruns'sche osteoplastische Resection eröffnet. Recidive.

K. Láng. Durch einen Rhinolith verursachte epileptische Anfälle.

Beim Kranken bestanden seit 3—4 Jahren epileptische Anfälle, welche wöchentlich 1—2mal auftraten. Nach Entfernung eines Rhinolithen, welcher sich im mittleren Nasengange befand und der sich um einen Kirschenkern gebildet hatte, sistirten die epileptischen Anfälle.

E. Tóvölqyi: Ueber Gesangfehler.

Hält allein das untere thoraco-abdominale Athmen für richtig.

A. Onodi: Nasenprothese mit festem Paraffin.

Spritze eigener Construction, mit welcher er in einem Falle von luetischer Sattelnase festes Paraffin einspritzte.

A. Winternitz: Zwei operirte Fälle von Kehlkopfpapillom.

Die Operationen geschahen bei einem 19 Monate alten und bei einem dreijährigen Kinde. Beim ersten musste wegen grosser Ausbreitung des Papilloms die Schleimhaut des ganzen linken Taschenbandes, im zweiten wegen Papilloma multiplex das linke Taschenband und die Schleimhaut des rechten Taschen- und Stimmbandes excidirt werden. Die Defecte wurden mit 2—3 Catgutnähten verschlossen. Heilung per primam. Stenose ist nicht eingetreten.

v. Navratil.



V. Briefkasten.

Gründung der deutschen laryngologischen Gesellschaft.

Am 13. Juni hat in Heidelberg die Gründung der deutschen laryngologischen Gesellschaft stattgefunden. Es ist beschlossen worden, dass die Gesellschaft alle zwei Jahre tagen soll. Zum ersten Vorsitzenden wurde Moritz Schmidt, zu stellvertretenden Vorsitzenden B. Fränkel, Jurasz und Killian (Freiburg) erwählt.

Dem Collegen G. Spiess (Frankfurt a/M.) ist der Professortitel verliehen worden.

Internationale laryngologische Zusammenkünfte.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Indem ich die Unparteilichkeit Ihrer Auseinandersetzungen in der Juni-Nummer des Centralblattes dankbar anerkenne, bitte ich mir als Laryngologen zu denselben einige Bemerkungen zu gestatten. Zeigt sich auch Waldeyer als ein „mächtiger Bundesgenosse“ in Ihrem Kampfe für die Unabhängigkeit der Laryngologie, für die practische Lösung der uns interessirenden Frage, dürften seine theoretischen Auseinandersetzungen nicht vieles beizutragen geeignet sein: „Es werden weder laryngologische Vorträge bei den anwesenden Otiatrikern noch umgekehrt otiatrische bei den Laryngologen besonderes Interesse wecken“, sagt er, und weiter: „Ich würde vorschlagen, drei Sectionen vorzusehen und es dann den Rhinologen zu überlassen, ob sie allen tagen wollen oder sich entweder mit den Ohrenärzten oder den Kehlkopfärzten verbinden.“

Aus diesen Citaten geht hervor, dass sich Waldeyer bloss specielle Otologen, specielle Laryngologen, specielle Rhinologen denkt. Wenn dies zuträfe, so wäre freilich die Lösung leicht und nur in der von ihm angegebenen Weise zu erzielen.

Factisch aber liegt die Sache so, dass es reine Rhinologen gar nicht giebt, und dass die relative Zahl der reinen Otologen wie der reinen Laryngologen immer kleiner wird. In Frankreich scheint dieser Einschmelzungsprocess mit dem gänzlichen Verschwinden dieser beiden Gruppen von Specialisten abgelaufen zu sein. Ich vernahm dies bei der Zusammenkunft in Ihrer Wohnung aus dem Munde der französischen Delegirten, und die Abstimmungen in den beiden französischen Gesellschaft bestätigen es zur Genüge. In Holland giebt es, nach Guye's Tod, so viel ich weiss, keinen einzigen Specialisten mehr, der nur Otologe oder nur Rhino-Laryngologe wäre. Wie Sie bemerken, ist auch in Belgien, Spanien und Italien die gemeinsame Ausübung der zwei Disciplinen die Regel. Aus der gemischten Natur der Ungarischen, Dänischen und Petersburger Specialgesellschaften scheint weiter hervorzugehen, dass auch dort Otologie und Laryngologie in der Regel zusammen geübt werden.

Wenn nun auch in England, Deutschland und Oesterreich die speciellen Vereinigungen sich für zwei unabhängige Sectionen erklärt haben oder sich erklären werden, so fühle ich mich dennoch aus guten Gründen*) zu der Annahme berechtigt, dass auch in diesen Ländern die Mehrzahl der Fachgenossen zugleich Laryngologen und Otologen sind.

Man mag nun die immer enger werdende Vereinigung der beiden Disciplinen als eine glückliche oder eine bedauerliche Erscheinung auffassen — ich bekenne

---

*) Ich bin gern bereit, diese Gründe zu erörtern, wenn die Thatsache selbst angezweifelt werden sollte.

mich ganz entschieden zu der ersteren Auffassung —, der nunmehr unleugbaren Thatsache wird bei der künftigen Einrichtung internationaler Congresse Rechnung getragen werden müssen. Es leuchtet ein, dass die gleichzeitige Tagung zweier unabhängiger Sectionen von allen denjenigen, die sich für beide Fächer interessiren — also von der grossen Mehrzahl der Fachgenossen — als ein Missstand empfunden wird. Sie haben darüber bis jetzt nicht geklagt. Mit Rücksicht auf geehrte und hervorragende Männer, die nur eines der beiden Fächer üben, haben sie es sich bei den internationalen medicinischen Congressen gefallen lassen, nur einen Theil der sie interessirenden Vorträge zu hören. Sie haben sich als Mitglieder beider Sectionen eingeschrieben und getrost ihre Zeit und ihr Interesse über beide getheilt. Gar nicht selten hat man aus der einen Section Mitglieder herausrufen müssen, wenn in der anderen an sie die Reihe zum Vortrag gekommen war. Guye hat mir gestanden, dass diese von ihm als Vorsitzender der otologischen Section in Paris erlebten Uebelstände ihn zum Anhänger der combinirten Section bekehrt hätten.

Wenn nun auch künftig die fortschreitende Verschmelzung der beiden Fächer zu einer Vereinigung auch bei den internationalen Congressen unvermeidlich führen muss, so befinden wir uns doch heute noch in der Uebergangsperiode, in welcher die Interessen älterer, hochverehrter Fachcollegen auf volle Berücksichtigung Anrecht haben. In diesem Sinne ist auch die Aussprache der Niederländischen Gesellschaft zu deuten.

Nun fragt es sich, in welcher Weise können vorläufig die auseinandergehenden Interessen befriedigt werden?

Ich suche, geehrter Herr Redacteur, die Lösung des Problems ungefähr in der Richtung, worauf auch Sie am Schluss Ihres Aufsatzes (S. 244) hingewiesen haben: Die Otologen und die Laryngologen sollen in zwei benachbarten Sitzungsräumen tagen; hier sollen die rein otologischen und die rein laryngologischen Fragen discutirt werden, dagegen sollen Fragen von gemeinsamem Interesse in combinirter Sitzung behandelt werden. Um diese Idee in practischer und fruchtbarer Weise zu verwirklichen, scheint es mir aber dringend erwünscht, bei den internationalen medicinischen Congressen für unsere Specialität eine combinirte oto-laryngologische Section, die über zwei benachbarte Sitzungsräume verfügt, zu verlangen. Der Vorstand der Section wird der Eintheilung der angekündigten Themata über die drei verschiedenen Sitzungen seine volle Aufmerksamkeit widmen. Während Vormittag ein Theil der Sectionsmitglieder, mit den reinen Otologen, den Schwingungsmodus des Stimmgabelstieles und die Psychologie der Tanzmäuse studirt, vertieft sich der andere Theil, mit den reinen Laryngologen, in die Histologie des Stimmbandepithels und in die Räthsel des Semonschen Gesetzes. In der combinirten Nachmittagssitzung gelangen die Nasenhöhleneiterungen, die Verlegung des Nasenweges, die Krankheiten des lymphatischen Rachenringes, gleichfalls aber die mehr practischen laryngologischen und otologischen Themata — Larynxoperationen, Katarrhe der Luftwege, Mittelohrentzündungen — zur Discussion. Nur eine combinirte Section, in deren Vorstand berufene Vertreter beider Disciplinen Sitz haben, wird im Stande sein, allen den hier auftauchenden Wünschen und Anforderungen gerecht zu werden.

Diesen Vorschlag möchte ich, geehrter Herr Redacteur, durch Vermittelung des Centralblatts den Fachcollegen unterbreiten.

Es grüsst Sie mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr ergebener

H. Burger.

Amsterdam, 12. Juni 1905.

(Ob irgend eine Einrichtung im Stande sein wird, „allen“ hier auftauchenden Wünschen und Anforderungen gerecht zu werden, möchten wir doch bezweifeln. Es liegt in der Natur der gegenwärtigen Verhältnisse, dass die verschiedenen

Wünsche mit einander unvereinbar sind. Wenn der eine Theil darauf besteht, an allem theilzunehmen, was ihn interessirt, und dieses „alles“ den anderen Theil nur zur Hälfte interessirt, so scheint eine ideale Lösung der Frage geradezu undenkbar. Wie schon wiederholt in diesen Blättern ausgeführt, sollte die Parole „leben und leben lassen“ sein. Dass dies „nur“ auf dem Wege einer combinirten laryngo-otologischen Section practisch auszuführen sei, leuchtet uns nicht ein. Ganz ähnliches lässt sich sicherlich auch erzielen, wenn man nach den im Leitartikel der Augustnummer 1899 vorgeschlagenen Principien vorgeht und die bewährten zwei getrennten Sectionen bestehen lässt. Wir möchten uns die Freiheit nehmen, alle sich für die Frage interessirenden Collegen auf diesen Artikel zu verweisen. Er hat jetzt actuelles Interesse. — Jedenfalls aber gebührt dem Collegen Burger Dank für seinen versöhnlichen Vorschlag. Red.)

Johann v. Mikulicz-Radecki †.

Obwohl keiner unserer engeren Fachgenossen darf der am 14. Juni nach langem schweren Leiden im 55. Lebensjahre gestorbene grosse Chirurg als zu uns gehörig bezeichnet werden. Er war einer der Begründer der modernen Oesophagoskopie und Verfasser der trefflichen Werke: „Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle“ (mit Michelson, 1892), wie der „Krankheiten des Mundes“ (mit Kümmel, 1898), sowie des Capitels über die Neubildungen der Nase und des Nasenrachenraums in dem Heymann'schen Sammelwerk. — Das Andenken des hervorragenden, liebenswürdigen und bescheidenen Gelehrten wird in den Kreisen der Laryngologie stets in Ehren bleiben.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, August. 1905. No. 8.

I. Philipp Schech †.

Mit tiefster Betrübniss zeigen wir unseren Lesern den Tod Prof. Dr. Philipp Schech's in München an. Nach langen schweren Leiden verschied derselbe am 1. Juli im 60. Lebensjahre. Wenige Menschen haben vielleicht körperlich so viel zu leiden gehabt, wie unser armer College. Seit vielen Jahren vergingen kaum einige Monate, ohne dass er von irgend einer Krankheit schwerer Natur heimgesucht wurde. Lungenentzündung, Diphtherie, Herzleiden, ernste Erkrankungen des Intestinaltractus, Bronchialaffectionen wechselten nur immer mit einander ab, und während er anfänglich mit gutem Humor über seine pathologischen Erfahrungen scherzte, wurde seine Widerstandsfähigkeit durch seine immer mehr überhand nehmenden Leiden allmälig gebrochen, und schliesslich sprach vollständige Hoffnungslosigkeit aus seinen Berichten. Als er mir Ende letzten Jahres — obwohl er selbst damals noch von der Natur des tückischen Leidens, das ihn schliesslich weggerafft hat, keine Ahnung hatte — die Mittheilung machte, er müsse, so leid ihm dies auch thue, von der Mitarbeiterschaft des Centralblatts, dem er seit seiner Gründung als der treuesten Mitarbeiter einer angehört hatte, zurücktreten, da er nicht mehr arbeiten könne — da wusste ich, dass es um ihn sehr schlimm stehen müsse. Denn bei seiner Pflichttreue, bei seiner Liebe für unser Blatt, seiner persönlichen Freundschaft für mich war sein Ausscheiden nur auf Basis der Annahme verständlich, dass es in der That nicht weiter ging!

Der Verlauf hat diese Annahme leider nur zu schnell gerechtfertigt. Das „otium cum dignitate", das ich unserem armen Freunde in der Notiz wünschte, in der ich von seinem Rücktritt Kunde gab,

ist ihm leider nicht beschieden gewesen. Unter immer zunehmenden, zuletzt unsäglich schweren Leiden ist seine Kraft aufgezehrt worden, bis ihm schliesslich der Tod als ein Erlöser kam.

Philipp Schech wurde am 25. December 1845 als Sohn eines Arztes zu Karlstadt in Unterfranken geboren. Er besuchte das Würzburger Gymnasium, absolvirte 1864 das Abiturientenexamen, studirte in Würzburg Medicin, promovirte dort im Jahre 1869, und ging dann zu seiner weiteren Ausbildung nach Berlin und Wien. Schon damals hatte er die Absicht, sich speciell der Laryngologie zu widmen. Der Ausbruch des deutsch-französischen Krieges aber rief ihn nach Würzburg zurück, wo er, der selbst militärfrei war, die Poliklinik übernahm und sich mit Aufopferung an der Pflege der in Würzburg untergebrachten Verwundeten betheiligte. Am 1. Januar 1871 wurde er, gleichzeitig mit Riegel und Jolly, Assistent bei Bamberger, und benutzte seine Freistunden, um sich autodidaktisch als Laryngolog auszubilden. Nach Bamberger's Berufung nach Wien bekleidete Schech noch einige Zeit die Assistentenstellung bei Bamberger's Nachfolger, Carl Gerhardt, und habilitirte sich dann 1872 auf Grund seiner klassischen experimentellen, historischen und klinischen Studie: „Experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Kehlkopfnerven und -muskeln", als Privatdocent für Laryngologie in München. Wenn diese Arbeit auch im Laufe der letzten fünfzehn Jahre das Schicksal fast aller medicinischen Erzeugnisse getheilt hat, temporär über der Fülle neuerer Productionen auf demselben Gebiete fast vergessen zu werden, so bleibt ihr doch der Ruhm, für die Dekade nach ihrem Erscheinen als physiologische Grundlage für den derzeit so rapiden Fortschritt unseres Wissens über die Pathologie der Kehlkopfnerven gedient zu haben, und persönlich bin ich davon überzeugt, dass die Geschichte der Laryngologie für diese zu ihrer Zeit durch und durch originelle, gewissenhafte und gediegene Arbeit ein bleibendes Gedenken bewahren wird!

Diese Habilitationsschrift war der Beginn einer reichen literarischen Thätigkeit, die sich — soweit Originalarbeiten in Frage kommen — von 1872 bis 1899 erstreckte, und die verschiedensten Kapitel der Laryngologie und Rhinologie umfasste. Das nachfolgende Verzeichniss von Schech's Schriften, das ich der Güte des Herrn Collegen Neumayer in München verdanke, giebt einen guten Begriff davon, wie fleissig unser heimgegangener Freund war, und welches die Fragen waren, mit denen er sich mit ganz besonderer Vorliebe beschäftigte. Ihren Höhepunkt erreichte Schech's Thätigkeit mit der Herstellung seiner vortrefflichen beiden Lehrbücher: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase" (1884) und „Die Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre" (1896), welche beide in rascher Aufeinanderfolge — das letztgenannte in der fast beispiellos kurzen Zeit von 7 Jahren — sechs Auflagen erlebten. Das Lob, das ihnen der damalige Recensent des Centralblattes — der uns leider ebenfalls viel zu früh entrissene Max Schäffer — spendete: „Aus jeder Zeile spricht der erfahrene Praktiker, welcher alle Errungenschaften der Wissenschaft vollkommen beherrscht" — war ein wohlverdientes und findet Anwendung auf alle Schriften Schech's. — Von 1899 an beschränkte sich seine literarische Thätigkeit auf die Herstellung der immer wieder nothwendig werdenden neuen Auflagen seiner Lehrbücher, auf

die Verfassung von zwei Nekrologen auf Max Schäffer und Hugo von Ziemssen und auf seine Arbeit am Centralblatt, der er fast bis an das Ende seiner Tage treu blieb. Die Krankheiten, die nunmehr beinahe unausgesetzt an seinem Hünenkörper zehrten, liessen es von der Wende dieses Jahrhunderts an nicht mehr zu Originalarbeiten kommen.

Unausgesetzt aber bis zum Ende 1904 war Schech in seinem Lehramt und in seiner Praxis thätig. Das Interesse, das v. Ziemssen an ihm nahm, als er 1872 nach München kam, führte bald zu seiner Anstellung als Abtheilungsvorstand für die neubegründete Poliklinik für Nasen- und Halskrankheiten, welche er fast 30 Jahre geleitet und zu grossem Rufe in ganz Deutschland gebracht hat. Als akademischer Lehrer war er sehr beliebt, und aus seiner Schule sind mehrere der gegenwärtig best bekannten Laryngologen und Rhinologen hervorgegangen. — Rühmend wird von seinem Virtuosentalent als Operateur berichtet.

Höher aber als seine Erfolge als Forscher, als Schriftsteller, als Lehrer und als Operateur standen für Jedermann, der das Glück hatte, Schech näher zu treten, die Herzenseigenschaften des Mannes. Von seiner Freundlichkeit gegen seine Schüler und Assistenten, von seiner Güte gegen seine Patienten, namentlich gegen die Armen, erzählt sein Privatassistent, Dr. Friedrich Schäfer, vieles rührende in dem Nachruf, welchen er seinem verstorbenen Chef in den „Münchener Neuesten Nachrichten" gewidmet hat, und dem ich die meisten Daten dieses Nekrologs verdanke. Aber ich selbst habe Philipp Schech seit mehr als einem Vierteljahrhundert geschätzt und geliebt. Aus eigener Kenntniss darf ich sagen, dass er mir stets als das Ideal eines Biedermannes erschienen ist. Kein unlauterer Gedanke trübte die Reinheit der Kinderseele, die in seinem Riesenleibe steckte. Dem Besten seiner Wissenschaft, dem Fortschritt — und zwar dem socialen ebenso wie dem wissenschaftlichen — seiner Specialität waren seine Bestrebungen, seine wärmsten Wünsche gewidmet. Die Verdienste Anderer erkannte er neidlos an und gedachte ihrer, wo immer er konnte. Seinen Freunden war er der treueste, aufopferndste Freund, den Seinen der liebevollste Schützer und Berather. Kein Wunder, dass für den wackeren Mann neben der Verehrung für seine wissenschaftlichen Leistungen ein Gefühl warmer Liebe in den Herzen seiner engeren Berufsgenossen existirte, das seinen Ausdruck noch vor wenigen Wochen in den sympathischen Telegrammen fand, welche ihm sowohl die süddeutsche, wie die neu gegründete deutsche laryngologische Gesellschaft zusandten, als die Berichte Münchener Collegen es leider nicht mehr zweifelhaft erscheinen liessen, dass dieses reiche Leben sich seinem Ende zuneige. Nun hat ihn der Tod von seinen Leiden erlöst und die Freunde stehen trauernd an seiner Bahre. Der Name Philipp Schech's aber, eines der ersten Apostel und eines Pioniers der Laryngologie wird unvergessen bleiben, so lange unsere Specialität besteht.

Felix Semon.

Verzeichniss der von Prof. Dr. Ph. Schech verfassten Arbeiten.

1. Die Atrophia musculorum lipomatosa. Inaug.-Dissert. Würzburg 1870.
2. Zur Casuistik der Perichondritis laryngea. Aerztliches Intelligenzblatt. 1872. No. 23.



3. Experimentelle Untersuchungen über die Functionen der Nerven und Muskeln des Kehlkopfs. Habilitationsschrift. Würzburg 1873.
4. Die Affectionen des Kehlkopfes in ihren Beziehungen zur Phthise. Aerztliches Intelligenzblatt. 1874. No. 24.
5. Ueber Heiserkeit und Stimmlosigkeit. Aerztliches Intelligenzblatt. 1876. No. 8.
6. Die Galvanocaustik in der Laryngochirurgie. Aerztl. Intelligenzblatt. 1877. No. 43 u. 44.
7. Laryngoskopische Mittheilungen. Deutsch. Arch. f. klin. Medicin. 1878.
8. Klinische und histologische Studien über Kehlkopfschwindsucht. Aerztliches Intelligenzblatt. 1880. No. 41.
9. Zur Aetiologie der Kehlkopflähmungen. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1883. No. 8.
10. Die Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase und ihre Behandlung. München 1883. Rieger'sche Buchhandlung.
11. Die Tuberkulose des Kehlkopfes und ihre Behandlung. Sammlung klin. Vortr. von Volkmann. No. 230. 8. Serie. 1883.
12. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1884. 1. Aufl. 1901. 6. Aufl.
13. Die sogenannten Reflexneurosen und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Nase und des Rachens. Aerztliches Intelligenzblatt. 1884.
14. Ueber Leukoplakia oris. Münchener med. Wochenschr. 1885. No. 40.
15. Das Cocain und seine therapeutische Verwendung bei den Krankheiten des Rachens, der Nase und des Kehlkopfes. Münchener med. Wochenschr. 1885. No. 51.
16. Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall phonischen Stimmritzenkrampfes. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1885.
17. Klonische Krämpfe des weichen Gaumens mit objectivem Ohrgeräusch in Folge von nasaler Trigeminusneuralgie. Münch. med. Wochenschr. 1886. No. 22.
18. Ueber Oesophagitis acuta. Münchener med. Wochenschr. 1886. No. 42.
19. Beitrag zur Lehre von der Syphilis der Lunge, der Trachea und der Bronchien. Internationale klin. Rundschau. 1887.
20. Ueber Asthma. Münchener med. Wochenschrift. 1887. No. 41.
21. Ein billiges Kehlkopfphantom. Münchener med. Wochenschr. 1888. No. 11.
22. Ueber Recurrenslähmung. Münchener med. Wochenschr. 1888. No. 51.
23. Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 10. Internationaler med. Congress zu Berlin 1890.
24. Die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1889.
25. Das primäre Lungensarkom. Deutsch. Archiv f. klin. Medicin. 1891. Bd. 47.
26. Diagnose und Therapie der Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Deutsch. med. Wochenschr. 1891. No. 6.
27. Ueber Laryngitis fibrinosa. Deutsch. med. Wochenschr. 1894. No. 9.
28. Ueber Mund- und Nasenathmung. Münchener med. Wochenschr. 1895. No. 9.
29. Zur Diagnose und Therapie der chronischen Stirnhöhleneiterung. Archiv f. Laryngologie. Bd. III. 1895.

30. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1. Aufl. 1896. 6. Aufl. 1903.
31. Innere Behandlung der Erkrankungen des Kehlkopfes. Handbuch der Therapie innerer Krankheiten, herausgegeben von Penzoldt und Stintzing. 1897.
32. Symptomenlehre der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von P. Heymann. 1897.
33. Ueber den Husten, speciell den nervösen. Münch. med. Wochenschr. 1897. No. 26.
34. Die Erkrankungen der Berufsredner und Sänger. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1897. No. 6.
35. Die tuberkulöse Erkrankung des Kehlkopfes und der Luftröhre. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von P. Heymann. 1898.
36. Die Laryngitis exsudativa. Münchener med. Wochenschr. 1898. No. 26.
37. Zur Pathologie der Keilbeincaries. Münch. med. Wochenschr. 1898. No. 27.
38. Syphilis der Nase. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von P. Heymann. 1899.
39. Ueber maligne Rachengeschwülste. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde. 1899. No. 10.
40. Dr. Max Schaeffer, Nekrolog. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1900. No. 9.
41. Hugo von Ziemssen, Nekrolog. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. 1902. No. 4.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **P. Mc. Bride. Otologie, Laryngologie und Rhinologie. (Otology, Laryngology and Rhinology.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1905.*

In der Centenarnummer des Journals giebt Verf. einen kurzen Ueberblick über die Fortschritte, die von den drei Specialfächern gemacht worden sind und erwähnt eine grosse Anzahl interessanter historischer Details.

A. LOGAN-TURNER.

2) **Armand** (Lyon). **Bulbärsymptome infolge Compression peripherer Nerven. (Syndrome bulbaire par compression des nerfs périphériques.)** *Société de médecine de Lyon. 28. November 1904.*

Es handelte sich um eine Patientin mit einem ulcerirten Tumor des Cavum, bei der Nervensymptome auftraten, die einen bulbären Symptomencomplex vortäuschten: halbseitige Atrophie der Zunge, Dysphagie, Lähmung der rechten Stimmlippe, die in Cadaverstellung steht, rechtsseitige Gaumensegellähmung. Garel, in dessen Namen die Kranke vorgestellt wird, ist der Meinung, dass es sich nicht um bulbäre Symptome, sondern um Compression peripherer Nerven handele.

PAUL RAUGÉ.



3) **Fein. Quetschung des Nervus vagus oberhalb des Abganges des Nerv. laryng. super.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung am 7. April 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Selbstmordversuch durch „Erhängen", Reissen der Schnur. Stimmverlust, Unmöglichkeit zu Schlucken, Herzpalpitationen. Die Stimmbänder stehen noch nach 11 Tagen 2—3 mm von der Mittellinie fixirt (Zwischenstellung Fein). — Nach dem Symptomencomplex muss man eine Schädigung des Stammes des Nerv. vagus oberhalb des Abganges des Nerv. laryngeus super. und unterhalb der Abzweigung des Nerv. pharyngeus annehmen. In der Discussion erwähnt Grossmann, dass die Herzpalpitationen durch eine vorübergehende Lähmung der beiden N. vagi erklärbar sind und Fein jedenfalls die Rami cardiaci nervi vagi gemeint hat, was letzterer bejaht.

CHIARI.

4) **Fein. Drei Fälle von leichten Verletzungen im Halse.** *Wiener klin. Rundschau. No. 1. 1905.*

1. Bruch des linken Seitentheiles des Ringknorpels mit Hämatombildung an der Aussenseite desselben und in der linken aryepiglottischen Falte. — Spontanheilung nach 14 Tagen. Aetiologie: Trauma (Fall auf eine Kante bei gestrecktem Halse).

2. Verletzung der Epiglottis durch einen Glassplitter.

3. Einspiessen eines spitzen Fremdkörpers in die Schleimhaut der hinteren Rachenwand derart, dass der Fremdkörper unter die Schleimhaut und nach einer kurzen Strecke wieder aus derselben gedrungen und so fixirt blieb.

CHIARI.

5) **Peter Hager** (Budapest). **Ueber die leprösen Veränderungen der oberen Luftwege.** *Wiener med. Wochenschr. No. 45. 1904.*

Seine Fälle sprechen nicht für die Ansicht, dass der Primäraffect der Lepra in der Nase zu suchen ist, dagegen bestätigen die Fälle die Annahme, dass das Nasensecret auch schon im Frühstadium der Lepra der Verbreiter der Krankheit sein kann.

HANSZEL-CHIARI.

6) **Halbhuber. Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstractes.** *Wien. med. Presse. No. 1. 1905.*

Der Autor pflichtet den Ausführungen Weitlauer's in No. 49 der Wiener med. Presse vollauf bei und hält bei oben genannten Erkrankungen des Natron salicylicum für ein ausgezeichnetes Mittel.

HANSZEL-CHIARI.

7) **Saenger** (Magdeburg). **Zur Behandlung von Katarrhen der Luftwege und der Lunge mit Arzneidämpfen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 34 u. 35. 1904.*

S. construirte einen neuen Arzneiverdampfungsapparat, der eine bequeme und zugleich wenig kostspielige Verabfolgung der Inhalationsmittel (Menthol, Thymol, Eucalyptol etc.) ermöglicht.

CHIARI.

8) **E. Schindler** (Prag). **Erfahrungen mit einem neuen Jodpräparat „Iothion".** *Prager med. Wochenschr. No. 39. 1904.*

Das Mittel, welches ein Jodwasserstoffsäureester von öliger Consistenz mit 70pCt. Jodgehalt ist, wird in Salbenform (Iothion 2,0; Cerae alb., Lanolini anhydr.

aa 0,5) in die Haut eingerieben und soll ein zweckmässiges Ersatzmittel für Jodkalium sein. Iothion in genannter Form verabfolgt wirkt gänzlich reizlos.

CHIARI.

9) **B. Müller** (Hamburg). **Zur Verwendung des Suprarenins und Adrenalins bei Blutungen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 35. 1904.*

M. lies nach seinen Angaben von der Firma Max Arnold in Chemnitz (Sachsen) mit genannten Mitteln imprägnirte Gaze, Watte und fertige Tampons herstellen. Die Gaze enthält $^1/_2$—1 pCt. Suprarenin resp. Adrenalin, die Watte 1 pM.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **Müller** und **Rau** (Stuttgart). **Ueber Erkenntniss und Behandlung der wichtigsten Schnupfenformen.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 5—8. 1905.*

Das Wort Schnupfen ist hier in seiner weitesten volksthümlichen Bedeutung genommen und soll darunter jede Art von abnormer Nasenabsonderung verstanden werden. Dementsprechend ist nicht nur der acute Schnupfen, sondern auch die nervösen Schnupfen incl. Heuschnupfen und die verschiedenen Eiterungsprocesse in der Nase bis zur Ozaena abgehandelt.

SEIFERT.

11) **Föhr** (Marbach). **Schnupfen bei Pferden.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 10. 1905.*

Bei einem seiner Pferde fand Föhr einen stinkenden Ausfluss aus der einen Nasenseite: der ursprüngliche Verdacht auf Rotzinfection wurde bald aufgegeben und die Diagnose auf eitrige Entzündung einer Nebenhöhle der Nase gestellt. Trepanation und Ausspülungen mit Argentum nitricum brachten bald Heilung.

SEIFERT.

12) **Heinemann** (Rixdorf). **Tracheotomie infolge schwerster Rhinitis bei einem vierwöchentlichen Kinde.** *Arch. f. Kinderheilkde. 39. Bd. 1904.*

Ein 4wöchentliches Kind erkrankte an acuter Rhinitis, konnte nicht mehr die Brust nehmen, hatte grosse Athembeschwerden, Husten, wurde sehr apathisch, so dass sich H. zur Tracheotomie entschloss. Nach Einführung der Canüle trat ruhige Athmung ein, das Kind belebte sich, und schon nach wenigen Minuten saugte es mit vollen Zügen an der Brust. Glatte Heilung.

SEIFERT.

13) **Broeckaert. Rhinitis vegetans. (Rhinite végétante.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 6. 1904.*

Nach dem Autor existirt 1. eine Form chronischer Rhinitis, welche von einer Production kleiner nicht gestielter Tumoren begleitet ist, welche auf der Nasenscheidewand oder gar auf den Muscheln aufsitzen und durch gewisse Charaktereigenthümlichkeiten als „Tuberculome" oder „Lupome" imponiren könnten.

2. Vom histologischen Gesichtspunkte aus kann man diese Vegetationen nicht mit tuberculösen Producten verwechseln, da letztere aus Riesenzellen zusammengesetzt einer käsigen Metamorphose anheimfallen.

Sie rangiren vielmehr zur Klasse der einfachen Granulome und müssen als Entzündungsproducte, als Bindegewebshyperplasie, wahrscheinlich bacillären Ursprungs, angesehen werden.

3. Die Diagnose stützt sich auf die negativen Resultate, welche sich bei der Einimpfung in die vordere Kammer des Kaninchenauges oder in das Peritoneum des Meerschweinchens ergaben.

BAYER.

14) **W. Freudenthal** (New York). **Rhinitis rheumatica.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. 9. September 1903. Carl Marhold, Halle a/S.*

Es giebt 2 Varietäten, eine mit sichtbaren Veränderungen in und an der Nase und eine ohne dieselben.

An der Aussenseite der Nase bemerkt man Schwellungen und Erythema multiforme, im Inneren findet sich Schwellung und Röthung einer oder mehrerer Muscheln, die auf Cocain nicht recht abschwellen; die Pat. klagen über Schmerzen in der Nase, die bei Berührung sich steigern, oft plötzlich lebhaft exacerbiren, in den Kopf und die Ohren ausstrahlen können, nicht selten den rheumatischen Schmerzen in den Gelenken voraufgehen und auf innerliche Darreichung von Salicylpräparaten nachlassen oder schwinden.

Der Rheumatismus zeigt sich auch in der Nase ebenso wie in anderen Theilen des menschlichen Organismus.

A. ROSENBERG.

15) **de Simoni** (Mailand). **Ueber einen Fall von Aktinomykose der Nasenhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 37. 1904.*

Bei einer 29jährigen Frau stellte sich plötzlich blutig eitrige Secretion aus einer Nasenseite ein, wozu eine Schwellung am Gaumen trat, die rasch ulcerös zerfiel. Einige Zähne fehlten, andere waren cariös. Die Diagnose war Anfangs schwierig. •

CHIARI.

16) **Kessler** (Muttersholz). **Ein Beitrag zur Cystenbildung in den Polypen der Nase und des Kehlkopfes.** *Dissert. Würzburg 1903.*

Die von Kessler unter der Leitung von Borst untersuchten Fälle stammen aus der Klinik von Seifert. In dem ersten Falle handelte es sich um eine Knochencyste, in dem zweiten Falle um eine Drüsencyste der mittleren Muschel. Ein weiterer Fall bezieht sich auf eine Drüsencyste in einem Stimmbandfibrom und der letzte auf eine Cyste in einem Stimmbandpolypen, welche durch blutige Erweichung des Bindegewebes entstanden war.

SEIFERT.

17) **M. Hajek. Ein Beitrag zur Recidive der Nasenpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 489.*

Bei einem Patienten mit hochgradiger Polyposis der Innenbekleidung des in eine Höhle umgewandelten Siebbeinlabyrinths ohne Empyem, sah Verf. nach anscheinend vollständiger Entfernung aller Polypen wiederholt plötzliche Recidive von grossen Polypen, deren Ansatz sich in den Hiatus verfolgen liess. Da im Nasengang selbst keine Verdickung bestand, stellte Verf. die Diagnose auf Polyposis der Kieferhöhle ohne Empyem — bei Punction des Antrum war das Spülwasser klar abgeflossen; die Durchleuchtung hatte anfangs kein Resultat, zu-

letzt eine leichte Verdunkelung des entsprechenden Infraorbitalrandes ergeben. — Die Operation nach Luc-Caldwell bestätigte die Diagnose und führte zur Heilung. Den 3 bisher bekannten Ursachen für Recidive der Nasenpolypen: 1. Mangelhafte Entfernung, 2. tiefe, bis in das Knochenmark vorgedrungene Entzündung, 3. Uebersehen einer Nebenhöhlenaffection, reiht Verf. danach als 4. die polypöse Degeneration der Nebenhöhlenbekleidung an.

F. KLEMPERER.

18) **Lenn Emerson. Gelappter Nasenpolyp, beide Nasengänge völlig verlegend. (Lobulated nasal polypus completely obstructing both channels.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

19) **Harmon Smith. Eine Betrachtung über Leisten und Verbiegungen der Scheidewand. (A consideration of septal spurs and deflections.)** *International Journal of Surgery. December 1904.*

Verf. hat eine Art Kreismesser zum Durchschneiden der Schleimhaut und zur Abpräparirung des Lappens angegeben. Er spricht aus, dass mehr Urtheil dazu gehört, zu entscheiden, wenn bei Leisten und Deviationen keine Operation angebracht ist, als wenn es nöthig ist, zu operiren.

EMIL MAYER.

20) **M. S. Schirmunski** (St. Petersburg). **Beitrag zur operativen Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 10. 1904.*

Nach Erörterung der verschiedenen Formen der Nasenscheidewandverbiegungen, der Entstehungsursachen und der mannigfachen therapeutischen Methoden zu deren Beseitigung empfiehlt Autor seine Operationsmethode. Dieselbe besteht aus drei Momenten: 1. „Durchschneidung der ganzen Dicke der Nasenscheidewand mittels besonderer, kreuzförmig schneidender Zange". 2. „Einführung eines mit Gummiröhrchen armirten Compressors, der 3 Tage lang liegen bleibt, jedoch alle 24 Stunden entfernt und wieder eingeführt wird" und 3. „Einführung von Metallröhrchen, die mit Gummi oder aseptischer Gaze bedeckt sind", 2—3 Wochen lang auf der Seite der früheren Verbiegung getragen und alle 24—48 Stunden behufs Reinigung entfernt werden. Die Operation erfolgt unter Cocain-Adrenalin-Anästhesie. Das Instrumentarium ist in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

21) **Charles M. Robertson. Beobachtungen über die verschiedenen Formen von Operationen für Correction von Septumdeformitäten. (Observations on the different forms of operation for the correction of septum deformities.)** *Chicago Medical Recorder. 15. December 1904.*

Bei den durch Traumen verursachten Deformationen, wo eine erhebliche Einsenkung der Nase besteht, ist eine Operation von aussen angezeigt. In 2 Fällen hat Verf. gute Resultate durch folgendes Verfahren erzielt: Längsschnitt, Trennung des knorpligen vom knöchernen Septum, Loslösung der Nasenbeine und Aufrichtung derselben, indem eine starke Drahtsutur tief unten durch das knorplige und knöcherne Septum gelegt wird.

EMIL MAYER.

22) **K. Zarniko** (Hamburg). **Ueber die Fensterresection der Deviatio septi.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 248.*

Verf. rühmt die Operation, die ihm unersetzlich erscheint und werth, in die Reihe der typischen Operationen aufgenommen zu werden, die jeder Rhinologe beherrschen muss. Er hat sie anfänglich nur in Fällen hochgradiger Deviation ausgeführt, ist aber bei zunehmender technischer Fertigkeit durch die wirklich vortrefflichen Resultate dazu geführt worden, sie auch in mittelschweren Fällen zu empfehlen. — Bezüglich der von Hajek besprochenen postoperativen Deviationen theilt Verf. einen Fall mit, in welchem durch Ansaugung des dem Septum stark angenäherten schlaffen linken Nasenflügels zwei Tage nach der Operation die Nasenscheidewand wieder nahezu in der alten Lage sich vorfand; es wurde einige Tage ein Gummirohr eingelegt und das Nasenloch durch einen Schmidthuisen'schen Ring offen gehalten, worauf sich das Septum bald in die richtige Lage gewöhnte.

F. KLEMPERER.

23) **Killian** (Freiburg). **Submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand. (Submucous window resection of the nasal septum.)** *Journal of the Eye and Ear and Throat diseases. Januar-Februar 1905.*

Uebersetzung des im Archiv für Laryngologie veröffentlichten Artikels.

EMIL MAYER.

24) **Baumgarten** (Budapest). **Die Hämatome der Nasenscheidewand, deren Umwandlungen und deren einfache Behandlungsart.** *Wiener klin. Rundschau. No. 13. 1905.*

B. fand das Hämatom am häufigsten im Kindesalter, es hat traumatische Aetiologie, ist meist ein symmetrisches Blutextravasat zwischen Knorpel und Perichondrium. Therapie: Locale Eisapplication und beiderseitige Tamponade mit trockenen Wattewickeln, so dass ein ständiger Druck auf das Hämatom ausgeübt wird. Auf diese Art konnte B. häufig verhindern, dass aus dem Hämatom ein Abscess wurde (in 5 von 40 Fällen).

CHIARI.

25) **Massei. Hämatom des knorpeligen Septums. (Ematoma del setto cartilagineo del naso.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1905.*

Darstellung der Aetiologie, pathologischen Anatomie, Symptome, Diagnose und Behandlung.

FINDER.

26) **E. A. Beard. Primäres Carcinom der Nasenscheidewand. (Primary carcinoma of the nasal septum.)** *Western Medical Review. Februar 1905.*

Die Geschwulst hatte ihren Sitz an der Stelle der Nasenscheidewand, wo das häutige in das knorplige Septum übergeht. Pat. war ein 46jähriger Mann. Der Tumor wurde entfernt. Es handelte sich um ein primäres Carcinom.

EMIL MAYER.

27) **Hermann W. Freund. Die Veränderungen des Nasenrachenraumes bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.** *Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. XX. H. 2.*

Angeregt durch die bekannten Fliess'schen Angaben, hat der Verf. bei

einer Anzahl von Frauen die Nase und den Nasenrachenraum während der Schwangerschaft, während der Geburt und unmittelbar nachher im Wochenbett untersucht, „um", wie er selbst sagt, „eine anatomisch-physiologische Grundlage für die Beziehungen zwischen der Nase und den weiblichen Geschlechtsorganen zu schaffen". Als das am meisten in die Augen fallende Resultat der (an 105 Frauen vorgenommenen) Untersuchung bezeichnet er S. 221 „die Thatsache, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Schwangeren die gleichen Veränderungen in der Nase existiren". „Kurz gesagt, bestehen die Veränderungen in Hyperämie der Schleimhaut und Hypertrophie der Muscheln". Die ziffermässige Basis für diese Behauptung sieht Freund darin, dass nach seiner Zusammenstellung „69 von 105 Schwangeren, die er untersuchte, Hyperämie und Muschelhypertrophie in ausgesprochenem Maasse darboten, das sind rund 66 pCt." (S. 223).

„Selbst bei ausgesprochener Ozaena kann sich die Macht der Schwangerschaft doch in Hyperämie und Muschelhypertrophie documentiren". (S. 226). Die nasalen Schwangerschaftserscheinungen, die Blutüberfüllung und Hypertrophie, finden sich wiederholentlich in so frühen Stadien der Schwangerschaft, dass hieraus „zur Genüge bewiesen wird, dass der Schwangerschaftszustand zu jeder Zeit seinen Einfluss zur Geltung bringen kann und dass nicht etwa ein progredienter Process mit der weiterschreitenden Entwickelung des Eies, resp. der Grössenzunahme der Gebärmutter, der Erschwerung von Circulation und Athmung etc. vorliegt" (S. 225). Eine Periodicität in den nasalen Schwangerschaftserscheinungen giebt es, wie Freund im Gegensatz zu Fliess feststellt, nicht (S. 225).

Das Stillen im Wochenbett, das doch einen eminenten nervösen Reiz darstellt, ruft keinerlei Veränderungen im Naseninnern hervor (S. 390). Hiernach hält der Verf. es für zweifelsohne, dass directe physiologische Beziehungen zwischen der Nase und dem weiblichen Geschlechtsorgane bestehen; diese werden vorwiegend durch das Blut und den Circulationsapparat vermittelt, — „die innere Eierstockssecretion veranlasst Circulationsveränderungen, welche ihrerseits Veränderungen wie die Hypertrophie der Nasenmuscheln bedingen", nicht aber, wie Fliess angegeben hat, auf dem Wege des nervösen Reflexes.

In der thatsächlichen Existenz dieser Beziehungen sieht er eine Basis für die Fliess'schen Angaben von der nasalen Dysmenorrhoe, die nach Freund's Ansicht ganz gewiss nicht durch die Annahme einer Suggestion zu erklären sind.

Die Anschwellung der Muscheln während der Geburtswehen wird von Freund als eine wesentliche Unterstützung der die Geburtsarbeit auslösenden Reflexe betrachtet (S. 392). In drei Fällen von schwerem Erbrechen während der Schwangerschaft hat Freund durch galvanokaustische Aetzung der hypertrophischen Nasenmuscheln einen überraschenden Erfolg gesehen.

Uteruscontractionen wurden durch diesen Eingriff nicht ausgelöst. Der Versuch, das Erbrechen auf suggestivem Wege durch Mentholschnupfpulver zu beeinflussen, schlug fehl. Verf. verwahrt sich aber ausdrücklich gegen eine kritiklose Verallgemeinerung dieser Erfahrung.

A. KUTTNER.

28) **Notiz des Herausgebers. Gegen Nasenrachenreizung mit Husten. (For nasopharyngeal irritation with cough.)** *N. Y. Medical Record. 21. November 1903.*

Rp. Menthol. 0,2
Acid. boric. 4,00
Petrolati 30,00

MDS. Mehrere Male täglich ein bohnengrosses Stück in beide Nasenseiten einzuführen.

LEFFERTS.

29) **Stanley Blacker. Eine retropharyngeale Blutcyste in einem Fall von Purpura haemorrhagica. (A retropharyngeal blood cyst in a case of purpura haemorrhagica.)** *Lancet. 1. October 1904.*

Ein 8monatliches Kind litt an wiederholtem Nasenbluten. Es traten überall auf dem Körper dunkelrothe Flecken auf und das Kind begann an Dysphagie und Dyspnoe zu leiden. Nach 5 Tagen wurde es in ein Krankenhaus aufgenommen; es trat gelegentlich Blutbrechen auf. Im Nasenrachen fühlte man einen elastischen Tumor. Da die Dyspnoe zunahm, wurde der Tumor incidirt; das Kind ging an der Blutung zu Grunde. Post mortem wurde Herz, Lunge und Nebennieren normal befunden.

ADOLPH BRONNER.

30) **Pléchaud** und **Rocher. Behandlung des retropharyngealen Abscesses auf dem cervico-lateralen Wege. (Traitement de l'abscès froid rétro-pharyngien par la voie cervico-latérale.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. No. 34. 1904.*

Verf. haben auf dem angegebenen Weg eine Patientin, die schwere Symptome von Dyspnoe und Dysphagie darbot, mit gutem Erfolg behandelt.

E. J. MOURE.

31) **Paul Tissier. Diagnose und Behandlung der Retropharyngealabscesse. (Diagnostic et traitement des abscès rétro-pharyngiens.)** *Presse thérapeutique. 10. October 1904.*

Eine rein didactische Studie.

A. CARTAZ.

32) **Loose** (Bremen). **Ueber Retropharyngealabscesse.** *Dissert. Strassburg 1904.*

Mittheilung von 13 Fällen, von denen einer dadurch interessant ist, dass der Eiter aus dem inneren Ohr strömte, sich abwärts senkte und an der hinteren Pharynxwand als Abscess zum Vorschein kam.

SEIFERT.

33) **David Cheever. Herzcollaps während der Untersuchung eines retropharyngealen Abscesses; Incision; Wiederherstellung der Circulation für vier Stunden durch Herzmassage; Tod. (Cardiac collapse during examination of a post-pharyngeal abscess; incision; circulation reestablished and maintained for four hours by massage of the heart; death.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 5. Januar 1905.*

Der Fall betraf ein 3jähriges Mädchen. Verf. giebt die Krankengeschichte und erörtert im Anschluss an diese die Gründe für die schwere Prostration, die man oft bei acuten und subacuten retropharyngealen Abscessen sieht; sie bestehen in der mangelhaften Nahrungsaufnahme, der Schlaflosigkeit, Toxämie, ungenügender

Sauerstoffaufnahme in den Fällen von behinderter Athmung. Wenn nun bei den Vorbereitungen zur Operation der Kopf nach hinten über gelegt und der Mund weit geöffnet wird, so wird die Tendenz einer Annäherung zwischen Zungenbasis und hinterer Pharynxwand noch gesteigert, wenn man nicht die Zunge stark nach vorwärts zieht. So kann eine plötzliche vorübergehende Asphyxie zu Stande kommen, die bei den heftigen Abwehrbewegungen des sich sträubenden Kindes leicht zu einem Herzcollaps führen kann. Möglicherweise wird auch durch die Reizung der sensorischen Endigungen des N. laryngeus superior in Mund und Rachen in Folge der nothwendigen Manipulationen reflectorisch ein Herz- und Athemstillstand auf dem Wege durch den Pneumogastricus und Sympathicus verursacht. In solchen Fällen würde die praeliminare Tracheotomie angebracht sein; sie sollte schnell unter Cocain, ja auch ohne jede Anästhesie ausgeführt werden. Die Incision des Abscesses kann dann, wenn nöthig, aufgeschoben werden, bis der Allgemeinzustand sich gebessert hat.

EMIL MAYER.

34) **Payr** (Graz). **Ueber neuere Methoden zur operativen Behandlung der Geschwülste des Nasenrachenraumes, mit besonderer Berücksichtigung der Kocher'schen osteoplastischen Resection beider Oberkiefer.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 72. H. 2. 1904.*

Nach einleitenden Bemerkungen zur Geschichte der Operation der Nasenrachentumoren schildert Verf. an der Hand eines von ihm operirten Falles die grossen Vorzüge der Kocher'schen Methode, die mehr leistet als alle anderen bisher geübten osteoplastischen Voroperationen am Oberkiefer, Gaumen, Nase und Jochbein, da sie das Operationsfeld in idealer Weise freilegt.

SEIFERT.

35) **Sokolowski. Ein Fall von Nasenrachengeschwulst. (Z posiedzen laryngologiczno-otyatrycznych.)** *Medycyna. No. 45. 1903.*

Verf. demonstrirte in der Warschauer Laryngolog. Gesellschaft einen 8jährigen Knaben, bei welchem vollständige Nasenobstruction seit längerer Zeit bestand und Athemnoth und Schlaflosigkeit in der letzten Zeit hinzutrat. Als Ursache wurde ein sehr grosser Nasenrachenpolyp entdeckt, welcher bis an den unteren Rand der Uvula hinragte. Die Geschwulst, welche in dieser Grösse bei Kindern ziemlich selten vorkommt, wurde radical mittelst Schlinge exstirpirt. Mikroskopisch zeigte sie fibröse Structur.

A. v. SOKOLOWSKI.

36) **Sinotecki. Ein Fall von doppelten nasopharyngealen Geschwülsten. (Z posiedzen laryngologiczno-otyatrycznych.)** *Medycyna. No. 44. 1903.*

Bei einer 18jährigen Kranken befanden sich beiderseits Tumoren. Der eine nahm seinen Ursprung aus der hinteren Nasenöffnung, der zweite vom Vomer. Die Tumoren wurden mittelst einer seidenen Ligatur in Verbindung mit der Drahtschlinge entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

37) **Gordon King. Eine Methode zur schnellen Exstirpation von Nasenrachenfibromen nebst Bericht von Fällen. (A method of rapid extirpation of nasopharyngeal fibromata with report of cases.)** *N. Y. Medical Journal. 19. Decbr 1903.*

Verhandlungen der Amerikanischen Laryngol. Gesellschaft. Cf. Centralblatt. XX. S. 110.

LEFFERTS.

38) Zogucki. **Ein Fall von Fibrom der Nasenrachenhöhle. (Przypadek wlókniaka noso-gawzielowej.)** *Medycyna. No. 39. 1904.*

Bei einem 10jährigen Knaben, der über völlige Nasenverstopfung klagte, befand sich eine Geschwulst in beiden Nasengängen, wie auch im Cavum retronasale. Die Geschwulst entsprang von der unteren, rechten Muschel und hatte eine hufeisenförmige Gestalt, indem der rechte Arm die rechte und der linke Arm die linke Nasenhöhle ausfüllte. Die Mitte und der mittlere Theil umfasste den hinteren Theil des Septum und ragte in den Nasenrachenraum hinein. Diese Geschwulst wurde mittelst kalter Schlinge operirt. A. v. SOKOLOWSKI.

39) Gauthier. **Ueber die Insertionen der fibrösen Nasenrachenpolypen und ihre Behandlung. (Des insertions vraies des polypes fibreux naso-pharyngiens et de leur traitement.)** *Thèse de Bordeaux. 1904.*

Diese Tumoren können nicht nur an der Schädelbasis, sondern auch an den seitlichen Pharynxwänden, den Choanen, sogar in den Nebenhöhlen, kurz überall da inseriren, wo eine fibro-periostale Membran besteht. Der beste Weg, um diese Geschwülste zu beseitigen, sei der durch den Gaumen. E. J. MOURE.

40) Chevalier Jackson. **Fibrom des Nasenrachens; Tracheotomie, Ligatur der Carotis externa; Exstirpation. (Fibroma of the nasopharynx, tracheotomy; external carotid ligation; extirpation.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Nach der Anwendung von Aether und Chloroform trat sofort Cyanose auf; es wurde die Tracheotomie gemacht und die Narkose durch die Canüle fortgesetzt. Dann wurde die Carotis externa zwischen der A. lingualis und der A. thyreoidea superior unterbunden. Desgleichen wurde die A. pharyngea ascendens nahe ihrem Ursprung unterbunden. Mittels einer besonderen Schlinge wurde der Tumor abgeschnürt, der Rumpf mit schneidenden Zangen abgetragen und der Nasenrachen mit einem grossen Gazebausch austamponirt. Bereits eine Woche nach der Operation konnte der Pat. als geheilt entlassen werden; man fühlte schon schwache Pulsation an der Temporalis. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

41) C. Ceccherelli. **Ueber die nervöse Sinnesempfindung in der Zungenschleimhaut des Menschen. (Sulla espansione nervose di senso nella mucosa della lingua dell'uomo.)** *Anat. Anzeiger. XXV. 2/3. p. 56.*

Uebersicht über die Vertheilung der verschiedenen Nervenendigungen im Epithel, Stratum papillare, subpapillare und Corium. J. KATZENSTEIN.

42) J. Chaine. **Neue Untersuchungen über die Zungenmusculatur der Vögel. (Nouvelles recherches sur la musculature de la langue des oiseaux.)** *Compt. rend. Soc. de Biolog. T. 57, P. 25. p. 110.*

Der Hypoglossus ist bei Mergus serrator durch den Keratoglossus ersetzt. Bei Podiceps fluviatilis fehlt dieser Muskel. J. KATZENSTEIN.

43) **Meerwein** (Basel). **Das Verhalten von Herz und Zunge bei den primären Myopathen; speciell bei der Pseudomuskelhypertrophie der Kinder.** *Dissert. Basel 1904/5.*

Neben wahrer weist die Zunge auch Pseudohypertrophie und halbseitige Hypertrophie auf. Sie nimmt an den anderen myopathischen Allgemeinprocessen sehr häufig Theil. Atrophie fand sich beim Typus Landouzy-Déjerine.

JONQUIÈRE.

44) **Chevalier. Ueber die schwarze Zunge. (De la langue noire.)** *Archives méd. Belgse. November 1904.*

Erscheinungen von Botulismus bei einem Soldaten, herrührend vom Genuss verdorbenen Schinkens: Trockenheit im Halse, Constipation, Gesichtsstörung (Mydriasis) und als specielles Symptom schwarze Zunge; der Autor sieht darin eine trophische Ernährungsstörung localisirt auf die Epithelien der Papillae filiformes der Zunge.

BAYER.

45) **F. Schilling. Die Secretion der Speicheldrüsen im Kindesalter.** *Gesellsch. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte in Cassel. 2. Theil. 2. Hälfte. Med. Abtheil. S. 249. 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

46) **J. F. Chandler. Mumps.** *Medical Fortnightly. 10. December 1904.*

Eine nichts Neues bietende Abhandlung.

EMIL MAYER.

47) **Brennan Dyball** (Exeter). **Parotitis nach Verletzung oder Erkrankung der Bauch- oder Beckeneingeweide. (Parotitis following injury or disease of the abdominal or pelvic viscera.)** *Annals of Surgery. December 1904.*

Die Parotitis kommt in diesen Fällen zu Stande dadurch, dass toxische Substanzen, die in das Blut aufgenommen sind, auf die Drüse einwirken, die einen locus minoris resistentiae darstellt.

EMIL MAYER.

48) **M. Bön. Speichelsteine des Stenon'schen Canals. (Caculs du canal de Sténon.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 42. 1905.*

Länglicher, gelblicher, sehr fragiler Speichelstein von der Grösse und Form eines Citronenkerns mit rauher Oberfläche, nahe an der Mündung des Canals in einer Ausbuchtung desselben festsitzend, liess sich leicht nach vorheriger Erweiterung des letzteren Tags darauf auspressen. Rasches Verschwinden aller Symptome.

BAYER.

49) **Vincenzo Chirivini. Fibrosarcoma endotheliale der sublingualen Speicheldrüsen. (Fibro-sarcoma endoteliale delle glandule salivari sottolinguali.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. Januar 1905.*

Es handelte sich um einen klinisch und histologisch interessanten Fall, der zuerst zu einem diagnostischen Irrthum Anlass gab. Die Patientin, um die es sich handelte, war in der Spätperiode der Syphilis und ihr Arzt hielt die Anschwellung, die unter der Zunge auftrat, für eine specifische. Ch. exstirpirte den Tumor und wies mikroskopisch seine wahre Natur nach.

FINDER.

50) **W. A. Bryan. Operation wegen Gaumenspalte und Hasenscharte. (Operation for cleft palate and harelip.)** *American Journal of Surgery and Gynecology. September 1904.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

51) **George V. J. Brown. Eine Methode zur chirurgischen Behandlung von Hasenscharte und Gaumenspalte. (A system for the surgical correction of harelip and cleft palate.)** *Journal of the American Medical Association. 18. März 1905.*

Bei den vorgestellten Patienten, die Verf. nach seiner Methode erfolgreich operirt hat, weist er unter anderem darauf hin, dass manche mit fast völligem Defect des Gaumens fast ebenso gut oder besser sprachen, als andere, bei denen nur ein geringer Defect des Velum bestand. Um ein möglichst günstiges Resultat zu erzielen, ist es nöthig, dass der Gaumen in möglichst vollkommener Form wiederhergestellt wird. Sehr wesentlich ist, dass nicht Narben und Muskelspannung die zum Sprechen nöthigen Bewegungen hindern. Verf. bespricht ausführlich die Nachbehandlung der Operation. Er lässt alle Stunden den Mund abwechselnd mit Wasserstoffsuperoxyd und $2^1/_2$ proc. Carbolsäure auswaschen und dasselbe mindestens einmal des Nachts wiederholen. Ferner soll durch Nase und Mund ein sprayförmig zerstäubtes Oelpräparat eingeathmet werden.

EMIL MAYER.

52) **U. A. Betti. Lähmung des Gaumensegels bei Pneumonie. (Paralisi dal velo pendolo in polmonitico.)** *Policlinico Sezione pratica. 1903.*

Bei einem Knaben, bei dem jede Affection im Rachen auszuschliessen war, zeigte sich vom 5. Tage der Pneumonie eine rechtsseitige Gaumensegellähmung, die in der Reconvalescenz wieder verschwand und die als toxische Paralyse gedeutet wird.

FINDER.

53) **Vincenzo Mangeri. Primäres Syphilid des hinteren Gaumenbogens. (Sifiloma primario dal pilastro palatino posteriore.)** *Bolletino delle Malattie dell' orecchio. Mai 1905.*

Ein 22jähriger Patient klagte über rechtsseitige Halsschmerzen; in der rechten Submaxillardrüse fand man eine hühnereigrosse geschwollene indolente Drüse. An der Basis der rechten hinteren Gaumenbogens zeigte sich eine ausgedehnte rundliche Continuitätstrennung mit scharfen Rändern und speckigem Belag. Sonst nichts auf Lues Beziehbares am Körper nachweisbar. Nach 20 Tagen war unter subcutanen Hg.-Injectionen das Geschwür verschwunden und nun trat am Rumpf eine charakteristische Roseola auf, zugleich mit rosenkranzförmig angeordneter Lymphdrüsenschwellung in der Leistengegend und Drüsen am Ellenbogen. Ungefähr 20 Tage nach Verschwinden des Primäraffects zeigten sich Plaques muqueuses der Tonsillen. Die Anamnese ergab die Möglichkeit einer Erklärung für die Localisation des Primäraffects.

FINDER.

54) **v. Hacker. Luetischer Defect des Gaumens.** (Verein der Aerzte in Steiermark, Sitzung am 24. October 1904.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Der Defect war ähnlich einer angeborenen medianen Spalte und wurde operativ geschlossen. Uranostaphyloplastik nach Billroth - v. Langenbeck mit Entspannung der Gaumenmuskeln durch Verlagerung der durchmeisselten medialen Platte des Proc. pterygoideus. Vollkommen günstiger Erfolg. CHIARI.

55) **Alfredo Perugia. Carcinom des harten Gaumens mit Radium geheilt. (Carcinoma del palato duro guartto col radio.)** *Gazzetta degli ospedali. No. I. 1905.*

Das Charakteristische in der Wirkung des Radium liegt nach dem Verf. darin, dass durch dasselbe die Carcinomzellen völlig zur Resorption gelangen können, In dem von ihm berichteten Fall hatte das Carcinom eine Längsausdehnung von 3 cm und einen Querdurchmesser von 2,6 cm. Die Application der Strahlen dauerte vom 29. Juni bis Ende October; der Tumor verschwand völlig, die Schleimhaut an der Stelle seines Sitzes ist normal. FINDER.

56) **J. Moliné** (Marseille). **Obliteration der pharyngealen Oeffnung der Tuba Eustachii mit gleichzeitiger ringförmiger Stenose des Isthmus pharyngis. (Obliteration of the pharyngeal orifice of the Eustachian tube coexistent with annular stenosis of the epipharyngeal isthmus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1904.*

Die hier beobachtete Obliteration ist charakterisirt durch die Anwesenheit einer Art von fibro-membranösem Vorhang, der den ganzen seitlichen Theil des Epipharynx bedeckt. Hinten am Epipharynx inserirend setzte sich die Membran vorn an der Oberfläche des Gaumens an. So entstand eine Stenose des Isthmus pharyngis. Verf. hat zwei derartige Fälle beobachtet. EMIL MAYER.

57) **Hutter** (Wien). **Zur Kenntniss der acuten infectiösen primären Processe im Pharynx und Larynx.** *Wiener klin. Rundschau. No. 47 u. 48. 1904.*

Vorführung einiger Krankengeschichten aus der Chiari'schen Klinik in Wien, die septisch-pyämische Erkrankungen beschreiben, deren Ausgangspunkt der phlegmonöse Herd im Pharynx oder Larynx war und wobei sich durch Vereinigung allgemeiner Symptome mit heftigen localen, dysphagischen und dyspnoischen Beschwerden ein complicirtes Krankheitsbild entwickelte, dessen einzelne Details der Autor näher beleuchtet. HANSZEL-CHIARI.

58) **Garel** und **Armand** (Lyon). **Zwei Fälle von Isambert'scher Krankheit. (Deux cas de maladie d'Isambert.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 29. November 1904.*

Obwohl es sich im ersten Fall möglicherweise um die im Titel bezeichnete Erkrankung primären Ursprungs handelte, liessen sich doch ausgedehnte Lungenveränderungen mittelst der Radioskopie nachweissn. Im Mundrachen zeigte Pat. deutliche tuberculöse Geschwüre des Gaumensegels, der Gaumenbögen und der Uvula.

Der zweite Kranke bot ein besonderes Interesse wegen des gleichzeitigen Vorhandenseins syphilitischer und tuberculöser Erscheinungen. Nach einer zweifel-



los syphilitischen Rachenaffection, die unter specifischer Behandlung zurückging, trat eine Unmasse miliarer Knötchen an der Uvula, den Mandeln und Gaumenbögen auf. Die Affection nahm rapide zu, der Allgemeinzustand verschlechterte sich und der Kranke ging im Laufe weniger Tage zu Grunde. PAUL RAUGÉ.

59) **Kutvirt** (Prag). **Polypus plicae salpingopharyngeae.** *Casopisu lekaru ceskych roc. 1903.*

Am hinteren Gaumenbogen sass bei einem 20jährigen Manne ein traubenförmiger Polyp, der histologisch ein sehr gefässreiches Fibrom war. CHIARI

60) **Goebel** (Breslau). **Ueber die Lipomatosis des Hypopharynx (Cavum pharyngo-laryngeum) ihre Beziehung zu den sogen. Oesophaguspolypen und den tiefgelegenen Halslipomen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 75. H. 2—4. 1904.*

Bei einem Patienten fand sich neben multiplen Lipomen der Plica aryepiglottica sinistra ein an der Hinterfläche des Ringknorpels inserirender, in den Oesophagus hinabhängender, gelegentlich bei Würgbewegungen im Munde als „gedoppelte Zunge“ erscheinender, über 13 cm langer lipofibromatöser Polyp. Die operative Entfernung der Kehlkopflipome geschieht endolaryngeal oder durch die Pharyngotomia subhyoidea, die der Hypopharynxpolypen mit der galvanokaustischen Schlinge oder durch Pharyngotomia lateralis. SEIFERT.

61) **Alice D. Bryant. Ein neuer Zungendepresser. (A new tongue depressor.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Das Instrument unterscheidet sich von den gewöhnlich gebrauchten dadurch, dass es den anatomischen Contouren genauer angepasst ist. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

62) **H. J. Burg** und **Ellermann** (Kopenhagen). **Ueber die Diphtheriestatistik. (Om Difteristatistik.)** *Hospitals-Tidende. p. 513. 1904.*

Kein Interesse für die Leser des Centralblattes. E. SCHMIEGELOW.

63) **Detot** (Paris). **Diphtheriestatistik. (Statistique de diphtérie.)** *Société médicale des hôpitaux. 2. December 1904.*

D. theilt die Statistik der von Marfan geleiteten Diphtherieabtheilung des Kinderkrankenhauses mit; sie umfasst die Zeit vom 1. Mai 1903 bis 1. Mai 1904. Charakteristisch in dieser Statistik ist die Abnahme der Mortalität. Diese betrug 1901—1902 21 pCt., in den Jahren 1902—1903 nur 19,8 pCt., um 1903—1904 auf 14,2 pCt. zu fallen. Diese Abnahme ist zurückzuführen auf die stets geringer werdende Zahl der bösartigen Anginen, die in den vorgehenden Jahren in 37 pCt. und 24 pCt. der Fälle die Todesursache abgaben, jetzt dagegen nur in 18 pCt. der Fälle. PAUL RAUGÉ.

64) Louis Fischer. **Klinische Erfahrungen mit Diphtherieantitoxin. (Clinical experience with diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

Im New-Yorker Diphtheriehospital wurden im Juli 1903 behandelt 135 Fälle von Tonsillen- und Pharyngealdiphtherie. Es starben 18 Kranke; die Zahl der Heilungen betrug 82,3 pCt. Von 34 Fällen, die intubirt wurden, starben 17; die Zahl der Heilungen betrug hier also 50 pCt. Die Durchschnittsdosis des Antitoxin war 1500 I.-E. Im August 1903 wurden 132 Fälle behandelt: 103 Tonsillar- und Pharyngealfälle mit 6 Todesfällen und 94,5 pCt. Heilung; von 19 intubirten Fällen starben 11 (= 42 pCt. Heilungen). Die Durchschnittsdosis des Antitoxin betrug 1700 I.-E. Im September 1903 kamen 104 Fälle in Behandlung, von den 88 den Pharynx und die Tonsillen betreffenden starben 10 (= 88,7 pCt. Heilungen), von den 16 Intubationsfällen starben 14 (= 12,5 pCt. Heilungen). Die Durchschnittsdosis für Antitoxin war 2500 I.-E. Im Juli 1904 wurden 134 Fälle behandelt: 100 Tonsillar- und Pharyngealdiphtherien mit 11 Todesfällen (89 pCt. Heilungen) und 34 Intubationsfälle mit 20 Todesfällen (73,5 pCt. Heilungen). Die durchschnittliche Antitoxindosis war 5000 I.-E. Im September 1904 betrug die Zahl der Kranken 137; von den 105 Fällen von Rachendiphtherie starben 7 (93,3 pCt. Heilungen), von den 32 Intubationsfällen starben 11 (= 65,6 pCt. Heilungen). Die Durchschnittsdosis betrug 5000—10000 I.-E. Aus diesen Mittheilungen geht hervor, dass bei Anwendung kleiner Antitoxingaben die Mortalität 21 pCt., bei Anwendung grösserer Dosen 14 pCt. betrug.

LEFFERTS.

65) Henry W. Berg. **Die Frage der Antitoxindosis bei Diphtherie. (The question of dose of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

B. eröffnet die Discussion über die unter vorstehender Nummer referirte Arbeit Fischer's. Die Antitoxindose hängt von der Schwere des Falles und der Ausbreitung der Erkrankung ab. Ist die Affection schwer und betrifft sie den Rachen und die Nase, so soll die Dosis gross sein. B. beginnt gewöhnlich mit 3000 I.-E.; nach drei Stunden wird dieselbe Dosis noch einmal angewandt. Weist ein sehr frequenter Puls bei verhältnissmässig geringer Temperatur auf eine toxische Myocarditis hin, so giebt B. grössere Antitoxindosen; ist die Pulsfrequenz nach 12 oder 24 Stunden nicht zurückgegangen, so wiederholt er die Dosis, bisweilen verdoppelt er sie.

LEFFERTS.

66) Scott **Die geeignete Grösse der Antitoxindosis bei Diphtherie. (The proper size of the dose of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

Es soll zwischen reiner und gemischter diphtherischer Infection unterschieden werden, bei letzterer hilft das Antitoxin nur theilweise, bei der reinen Diphtherieinfection dagegen helfen kleine Antitoxindosen. Er hat mit Dr. Mc Collom zusammen im Boston City Hospital gearbeitet, der in einem Fall eine Antitoxindosis von 90000 I.-E. gegeben hat.

LEFFERTS.

67) **William H. Park. Die geeignete Grösse der Antitoxindosis bei Diphtherie. (The proper size of the dose of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

Bei leichten Fällen, bei denen Pharynx und Tonsillen befallen sind, sind 2000 I.-E. die geeignete Dosis, bei schweren Fällen, die früh in Behandlung kommen, 4000 I.-E., bei gewöhnlichem Croup 5000 I.-E., bei schweren bösartigen diphtherischen Erkrankungen der Mandeln oder der Nase 10000 I.-E., wobei die Dosis nach 12 Stunden wiederholt werden muss, bis sich eine deutliche Besserung constatiren lässt.

LEFFERTS.

68) **Louis Fischer. Die geeignete Antitoxindosis bei Diphtherie. (The proper dose of antitoxin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 26. November 1904.*

In seinem Schlusswort zur Discussion der Frage erklärt F.: Bei grossen Exsudaten auf Tonsillen und Pharynx soll man ruhig 5000—10000 I.-E. geben und diese Dosis, wenn nach 12 Stunden keine Besserung eintritt, wiederholen. Diese Dosis soll täglich wiederholt werden, bis alle sichtbaren Exsudate, sowie die Drüsenschwellungen verschwunden sind und die Temperatur normal geworden ist. Nur die Schwere der Affection, nicht das Alter des Patienten soll bei der Wahl der Dosis ausschlaggebend sein. F. hat niemals schlechte Folgen von grossen Antitoxindosen gesehen. In Fällen von Kehlkopfstenose soll die Dosis 10000 I.-E. betragen.

LEFFERTS.

69) **Louis Fischer. Complicationen der Diphtherie nebst Rathschlägen über Ernährung, medicinische und hygienische Behandlung. (Complications of diphtheria with suggestions for the feeding, medicinal and hygienic treatment.)** *N. Y. Medical News. 19. November 1904.*

Die Arbeit enthält eine Menge beherzigenswerther Rathschläge, die auch für den allgemeinen Praktiker von grösstem Werth sind. Die Behandlung von Herz, Lungen, Nieren, Magen, die wichtige Frage der Ernährung, die Behandlung der Nasendiphtherie, der Lymphdrüsenschwellungen ist sorgfältig berücksichtigt. F. sagt, die Temperatur allein sei bei der Beurtheilung der Fälle nicht von ausschlaggebender Bedeutung, vielmehr kam dafür besonders der Zustand des Herzens in Betracht; die Qualität des Pulses sei für die Prognose das wichtigste Zeichen.

LEFFERTS.

70) **Paul Courmont** (Lyon). **Zwei Fälle von anscheinend schweren Folgezuständen nach Serotherapie. (Deux cas d'accidents postserothérapeutiques d'apparence grave.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 29. November 1904.*

C. berichtet diese beiden Fälle, um zu zeigen, dass man sich durch den alarmirenden Anschein dieser Folgezustände nicht allzusehr erschrecken lassen solle. Sie lassen sich in der Regel durch einige Gramm Antipyrin beseitigen.

PAUL RAUGÉ.

71) **Malot** (Lyon). **Folgezustände nach Serotherapie. (Accidents postsérothérapiques.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 29. November 1904.*

Unter 49 mit Serum behandelten Fällen hat M. in 10 pCt. Exantheme danach

auftreten sehen. Niemals traten ernstliche Complicationen auf: diese Zustände sind absolut harmlos.

PAUL RAUGE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) **W. Alexander. Ueber Stimmfremitus am Bauche.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 43. S. 975. 1903.*

Verf. weist die Erklärungen früherer Autoren über das Zustandekommen des Stimmfremitus am Bauche wie auch die Möglichkeit, eine physikalisch begründete Theorie des Bauchfremitus zu geben, zurück.

J. KATZENSTEIN.

73) **E. W. Scripture. Ueber das Studium der Sprechcurven.** *Ostwald's Annalen der Naturphilosophie. Bd. IV. S. 28.*

S. kommt im Anschluss an seine acustographischen Sprechcurven zu einer neuen Vocaltheorie, die im wesentlichen folgenden Fundamentalgedanken hat: Ein gesprochener Vocal ist das Resultat der Einwirkung einer Reihe von Luftstössen aus dem Kehlkopf auf ein System von Hohlräumen in der Brust, dem Hals und dem Kopf. Die Einstellung dieser Hohlräume in Bezug auf Grösse, Verbindungen, Spannung der Wände ist für jeden Vocal verschieden und kann unabhängig von dem Stimmlippenton geschehen. Je nach der Härte der Wände antworten die Elemente des Hohlraumsystems auf jeden Stimmlippenton mehr oder minder unabhängig von der Höhe dieses Tones. Die Form der Luftstösse von den Stimmlippen, d. h. ihr Schwingungsmodus kann von dem System der Hohlräume abhängig sein; jeder Vocal kann also ausser den Hohlraumtönen auch eine besondere Klangfarbe des Stimmlippentones bekommen. Diese Abhängigkeit kann in einer physikalischen Accommodation der Schwingungen der Stimmlippen an das System der Hohlräume oder in einer physiologischen Association zwischen den Muskelcontrationen und dem Vocal bestehen.

J. KATZENSTEIN.

74) **M. Bukofzer** (Königsberg). **Zur Hygiene des Tonansatzes unter Berücksichtigung moderner und alter Gesangsmethoden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 185. 1904.*

Eine Studie über die Gefahren des Coup de glotte und die Wege zu seiner Umgehung, die für den Gesangsarzt von besonderem Interesse ist. Verf. kommt zu dem Resultat, dass der Ansatz durch Vermittelung des Consonanten „t“ den hygienischen und auch den gesangstechnischen Anforderungen an einen Ersatz am meisten genügt: das Endurtheil über diesen letzten Punkt müsse freilich dem Gesanglehrer überlassen werden. — Auf das interessante historische Material, das Verf. zusammengetragen hat, sei besonders hingewiesen.

F. KLEMPERER.

75) **Barth** (Prag). **Neuere Ansichten über Stottern, Stammeln, Poltern und Hörstummheit.** *Wiener klin. Rundschau. No. 39 u. 40. 1904.*

Vorwiegend Ansichten Liebmann's, die er in seinen Vorlesungen „über Sprachstörungen“ Berlin 1900 niedergelegt hat.

CHIARI.

76) **De Croly** und **G. Rouma. Das Stottern. Symptomatologie. (Le bégalement. Symptomatologie.)** *La Policlinique. No. 2. 1904.*

Die Autoren erläutern das Studium der Symptomatologie der Sprachstörungen an interessanten klinischen Beobachtungen, welche verschiedene typische Fälle repräsentiren; die Störungen sind eingetheilt in zwei Arten: in periphere und centrale. Die ersteren manifestiren sich am Respirations-, Phonations- und Articulationsapparat und können auch auf die der Phonation fernstehenden Nachbarorgane übergreifen, wie z. B. auf den Kopf, die Glieder, ja in manchen Fällen selbst auf den ganzen Körper. Die anatomischen Läsionen von Seiten des Thorax und des Larynx sind selten; die von Seiten des Nasopharynx sehr häufig in Form von adenoiden Wucherungen, Mandelhypertrophien, Nasenpolypen etc. Die functionellen Störungen von Seiten der unteren Respirationswege und des Larynx sind aber häufig: Alteration des Rhythmus, der Ausgiebigkeit und Zahl der Respirationswege, Glottiserweiterung oder -Verschluss, die sich zu früh oder zu spät oder gar nicht einstellen.

In einem späteren Artikel kommt die Reihe an die centralen Störungen.

BAYER.

77) **O. Maas. Einige Bemerkungen über das Stottern.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. XXIV.*

Es kam dem Verf. darauf an, zu zeigen, dass, während das Stottern bisher fast durchgängig als Neurose aufgefasst wird, mit hoher Wahrscheinlichkeit in einer grösseren Zahl von Fällen, als bisher angenommen wurde, bestimmt localisirte organische Veränderungen im Centralnervensystem dem Stottern zu Grunde liegen, und zwar Veränderungen centralwärts von den Nervenkernen.

J. KATZENSTEIN.

78) **Mouriguand** (Lyon). **Hysterisches Stottern. (Bégaiement hystérique.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. November 1904.*

Die ausgesprochen hysterische Patientin zeigt Respirationsstörungen, die aber nur im Moment des Sprechens auftreten. Diese Athemstörungen zwingen sie, ihre Worte und Sätze zu unterbrechen, und es entsteht ein wirklicher tetanischer Zustand der oberen Athemwege.

Garel hat den Kehlkopf untersucht; er ist der Meinung, dass es sich hier nicht um ein wirkliches Stottern handelt, sondern vielmehr um eine Art Chorea des Zwerchfells und aller Respirationsmuskeln.

PAUL RAUGÉ.

79) **Glorieux. Hysterische Stummheit bei einem 10jährigen Jungen. Heilung. (Mutisme hystérique chez un garçon de 10 ans; Guérison.)** *La Policlinique No. 23. 1904.*

Nach Ziehen eines mit Ekzem behafteten Ohres, welches heftigen Schmerz verursacht hatte, trat den Tag darauf allmälig Stummheit auf; wahrscheinlich spielen dabei in der Genese die Emotion und die Angst eine grössere Rolle, als der locale Schmerz. Der Junge versteht alles, was man ihm sagt und giebt bereitwillig schriftlich Antwort auf die an ihn gerichteten Fragen, jedoch ist er nicht

im Stande, ein Wort zu articuliren. Es handelt sich demnach um Mutismus und nicht um Aphonie. Heilung durch Suggestion. BAYER.

80) **Nesse** (Halle). **Ueber die Aetiologie und Histologie gutartiger Neubildungen des Kehlkopfes.** *Dissert. Halle 1904.*

Bericht über 30 Fälle gutartiger Neubildungen des Kehlkopfes, welche am Laufe eines Jahres in der laryngologischen Ambulanz der medicinischen Klinik zu Halle behandelt wurden. Von diesen Neubildungen waren 17 Fibrome, deren histologische Details mitgetheilt werden, 3 Papillome, 9 Sängerknötchen und eine Cyste am rechten Stimmband. SEIFERT.

81) **John Edwin Rhodes. Ein Fall von Trauma des Halses mit nachfolgender Bildung eines Tumors im Kehlkopf. (A case of traumatic injury of the neck followed by the formation of a tumor of the larynx.)** *Chicago Medical Recorder. 15. Juni 1904.*

Drei Monate nach der durch einen Maschinenunfall bewirkten Verletzung am Halse wurde der 16jährige Pat. heiser und zeigte ausgesprochenen in- und exspiratorischen Stridor. Das Kehlkopflumen war auf den vierten Theil seiner natürlichen Weite verengt. Eine Geschwulst ragte vom rechten Taschenband her in das Lumen hinein; sie hatte die Grösse einer Bohne und verschloss klappenartig bei Ein- und Ausathmung das Lumen. Bei jedem Versuch der endolaryngealen Entfernung trat ein beängstigender Spasmus auf; es wurde die Tracheotomie gemacht und dann der Tumor endolaryngeal exstirpirt. Athmung und Stimme sind völlig wieder hergestellt. EMIL MAYER.

82) **K. M. Menzel. Zur Diagnose der Lymphangiome des Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. S. 178. 1904.*

Mittheilung eines Falles, in dem die Diagnose klinisch gestellt wurde und zwar auf Grund der kugeligen Form des Tumors, welcher breitbasig aufsass, sich von der Umgebung nicht scharf abgrenzen liess und mit glatter, nicht entzündeter Schleimhaut bedeckt war, seiner weichen Consistenz, seiner Compressibilität und der Volumschwankungen, die er im Laufe einer und derselben Untersuchung zeigte. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge zum grössten Theile abgetragen; die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Bei der Heilung der Operationswunde blieb eine Fistelöffnung zurück, aus der sich zeitweise ein Tröpfchen einer klaren farblosen Flüssigkeit entleerte; nach $^3/_4$ Jahren war — bei Weiterbestehen der Lymphfistel — ein vollkommenes Recidiv der ursprünglichen Geschwulst eingetreten. F. KLEMPERER.

83) **Munier** (Strassburg). **Zur Histologie der Kehlkopfpolypen.** *Dissert. Strassburg 1905.*

Bericht über 7 Fälle von gutartigen Kehlkopfpolypen. In keinem der Stimmbandtumoren, die in Serienschnitte zerlegt waren, konnten Drüsen oder Drüsenschläuche nachgewiesen werden, dagegen wies ein Fibrom des Ventrikels davon eine ganze Menge auf. SEIFERT.

84) **L. D. Brose. Papillomatöse Geschwulst des Kehlkopfes bei Kindern. (Papillomatous growths occurring in the larynx of the child.)** *Journal of the American Medical Association. 18. März 1905.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von erfolgreicher Operation der Papillome bei zwei Kindern von 11 Jahren resp. 19 Monaten; er schliesst daran Betrachtungen über die Krankheit und ihre Behandlung. Wenn die Kinder alt und verständig genug sind, kann man auf endolaryngealem Wege zum Ziel gelangen, doch ist in 25—50 pCt. der Fälle auf Recidiv zu rechnen. Kann endolaryngeal nicht mit Aussicht auf Erfolg operirt werden, dann besteht der einzige Ausweg in der Laryngofissur und zwar am besten nach vorausgegangener Tracheotomie. Die Mortalität bei Thyreotomie wegen Papillomen der Kinder ist ziemlich hoch.

EMIL MAYER.

85) **G. Martuscelli** und **F. Rossi. Warum sind hypoglottische Tumoren stets im vorderen Theil des Larynx localisirt? (Perche i tumori ipoglottici sono sempre localizzati a parte anteriore della laringe?)** *Bollettino delle Malattie dell'orecchio etc. Februar 1905.*

Auf Veranlassung von Martuscelli hatte im Jahre 1901 Nardi histologische Untersuchungen über die vordere Kehlkopfregion angestellt und nachgewiesen, dass ihr eine besondere Structur zukomme und dass an ihr bei alten Leuten stets chronische katarrhalische Veränderungen bestehen. Dieser letztere Befund liess in den Verf. den Verdacht entstehen, dass die besondere histologische Structur der vorderen Kehlkopfregion von Bedeutung für die Entstehung der Tumoren an dieser Stelle sein könne und dass auch eine physikalische Ursache dabei eine Rolle spiele. Verf. haben, um diese physikalischen Verhältnisse des Ausathmungsstromes zu prüfen, Experimente an tracheotomirten Hunden angestellt, denen mittels eines Blasebalgs täglich mehrere Male durch die Trachealfistel Luft gegen die Stimmbänder geblasen wurde. Es ergab sich, dass durch diesen etwas forcirten Exspirationsstrom in der vorderen Kehlkopfregion mikroskopisch nachweisbare histologische Veränderungen auftraten, so Hypertrophie der Papillen, cystische Dilatation der Drüsenausführungsgänge und einiger Schleimdrüsen, Auseinanderweichen der elastischen Faserbündel etc. Ferner fand sich Infiltration und submucöse capillare Neubildung. Verf. meinen, dass in Fällen erschwerter Exspiration auch beim Menschen der Exspirationsstrom im Laufe langer Zeit eventuell wie ein chronisches Trauma wirken könne und dass dieser Factor neben der besonderen histologischen Structur für die Aetiologie der Tumoren an dieser Stelle in Betracht komme.

FINDER.

86) **J. G. Harris. Neubildung des Kehlkopfes als Ursache für Stenose. (Neoplasm of the larynx causing stenosis.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Die Neubildung war ein angiomatöses Fibrom, das vorn im Kehlkopf sass. Die Entfernung geschah durch die Thyreotomie; es wurde eine Intubationsröhre eingeführt, die der Pat. noch trägt. In einem andern der vorgestellten Fälle war wegen Larynxstenose die Tracheotomie gemacht worden in der Annahme, dass es sich um eine Neubildung handle. Man fand aber nichts dergleichen. Es wurde

daran gedacht, dass eine Cyste der Epiglottis vorhanden gewesen sei, die dann rupturirt sei. Die Tube wurde entfernt und das Kind genas. EMIL MAYER.

87) **J. W. Gleitsmann. Geschwulst im Kehlkopf, die neun Jahre lang bestoht. (Growth in tho larynx existing for nine years.)** *The Laryngoscope. Februar 1905.*

Der interessante Fall, um den es sich hier handelt, ist bereits vor 10 Jahren von G. als ein Papilloma durum mitgetheilt worden, das einen Anblick darbot, als ob der Morgagni'sche Ventrikel mit einem Stück weisser Watte ausgestopft sei. Damals war die Vermuthung ausgesprochen worden, dass die Geschwulst später bösartig werden würde. Jetzt hat der Tumor ein etwas anderes Aussehen. Er ist von homogenem Charakter mit leicht runzliger Oberfläche. Er füllt den ganzen Morgagni'schen Ventrikel aus, trägt an der Oberfläche kleine Knötchen und hat Partien, die sich durch grössere Hyperämie auszeichnen. Es wurden ungefähr zwei Drittel der Geschwulst mit der Landgraff'schen Doppelcurette entfernt, der in der vorderen Commissur liegende Theil, der völlig weiss aussah. Bei der Operation zeigte sich, dass die hinteren Partien der Geschwulst weicher waren und sich leichter durchschneiden liessen, als die vorderen. EMIL MAYER.

88) **E. J. Ingals. Ein Fall von recidivirendem Fibro-Lipom des Pharynx und Larynx. (A caso of recurrent fibro-lipoma of tho pharynx and larynx.)** *Miuris Medical Journal. Februar 1905.*

Das Recidiv trat 9 Monate nach der Operation auf. Bei dem Versuch, den Tumor so, wie das erste Mal, mit der Schlinge zu entfernen, wurde Pat. cyanotisch und die Athmung sistirte. Eilige Tracheotomie. Einige Tage später wurde der grösste Theil der Geschwulst endolaryngeal entfernt. EMIL MAYER.

89) **W. A. Williams. Kehlkopfkrebs. (Cancer of larynx.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. September 1904.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

90) **Hermann Stolte. Totalexstirpation des Kehlkopfs. Resection des grössten Theils des Oesophagus. (Total exstirpation of larynx. Resection of most of the pharyngeal part of the Esophagus.)** *Illinois Medical Journal. Februar 1905.*

Pat. lebte noch vier Monate nach der Operation und starb dann am Carcinom.

EMIL MAYER.

91) **Lieblein. Halbseitige Larynxexstirpation wegen Carcinom.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung am 17. Februar 1905.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 13. 1905.*

Nach der Exstirpation bildete sich auf der operirten Seite ein derartiger Narbenzug aus, dass dadurch wieder eine Stenose bedingt ist, die das Decanulement unmöglich macht. L. wird diese Narbe wieder per Laryngofissur excidiren. Weiter demonstrirt L. das anatomische Präparat eines Falles, in welchem er wegen Larynx-Oesophaguscarcinoms die totale Exstirpation des Larynx und Resection eines Theiles der Trachea, des Halstheiles des Oesophagus, des untersten

Pharynx sowie die Exstirpation eines Schilddrüsenlappens vorgenommen hatte. Der Eingriff wurde gut überstanden, doch trat nach drei Monaten Recidiv ein.

HANSZEL-CHIARI.

92) **J. Broeckaert** (Gent). **Ueber die Wahl des Verfahrens zur Bloslegung des oberen Kehlkopfeingangs. Die Pharyngotomia subhyoidea mit temporärer Resection des Zungenbeinkörpers. (Du procédé de choix pour l'ouverture de l'orifice supérieur du larynx. Pharyngotomie sous-hyoïdienne avec résection temporaire du corps de l'os hyoïde.)** *La Presse Oto-laryngol. Belge. No. 12. 1905.*

B. hat an einer 43jährigen Patientin wegen eines aprikosengrossen Tumors, welcher mit breiter Basis den Aryknorpeln und aryepiglottischen Falten aufsass und die Epiglottis immobil zurückdrängte, nach vorausgeschickter unterer Tracheotomie die von ihm angegebene Pharyngotomia subhyoidea mit temporärer Resection des Zungenbeinkörpers vorgenommen. Diese gestattete ihm nach Eröffnung des Pharynx und Emporziehen des resecirten Zungenbeinkörpers einen perfecten Einblick nicht bloss auf den Tumor, sondern auch auf die ganze benachbarte Gegend. Nach Erfassen der Geschwulst mit den Fingern trug er dieselbe mit der Scheere ab; die darauf folgende heftige Blutung kam durch Tamponade zum Stehen; sodann entfernte er mit der Scheere die beiden Aryknorpel und nahm eine möglichst vollständige Exstirpation der Neubildung vor, welche sich auf der seitlichen Pharynxoberfläche entwickelt hatte. Schliesslich Schluss der Wunde durch die Naht. Die Hauptschwierigkeit bei der Nachbehandlung bot die Alimentation. Patientin starb nach 3 Wochen an Erschöpfung in Folge mangelhafter Assimilation der Nahrung.

Die Operationstechnik der Pharyngotomia subhyoidea mit temporärer Resection des Zungenbeinkörpers nach dem Vorgehen des Autors umfasst 5 Zeiten:

1. Die Incision der Weichtheile.
2. Die temporäre Resection des Zungenbeinkörpers; der Knochen wird mit einer kleinen Liston'schen Zange an beiden Extremitäten des Zungenbeinkörpers ungefähr im Niveau der Innervation der kleinen Hörner durchtrennt.
3. Die Eröffnung des Pharynx.
4. Die Entfernung des Tumors.
5. Die Suturen.

Für die Nachbehandlung empfiehlt B. die Einführung einer Nélatonsonde durch die Nase und Liegenlassen derselben während der ersten Tage zur Verhütung der Schluckpneumonie; später ernährt man den Kranken mehrmals täglich mit der Magensonde bis zur vollständigen Vernarbung.

BAYER.

93) **Sir Felix Semon. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the larynx.)** *Laryngoscope. Januar 1905.*

Eine Publication des bereits referirten Vortrages (cfr. diesen Band, S. 124) und der an diesen sich anschliessenden Discussion. Letztere wurde eröffnet von

Frank Hartley, der über ein Material von 12 von ihm selbst operirten Fällen maligner Kehlkopferkrankung verfügt. In 5 dieser Fälle wurde die Thyreo-

tomie ausgeführt. Besonderes Interesse hat H. den Drüsen zugewandt. In den Fällen, in welchen Heilung erzielt wurde, handelte es sich bei dem Befallensein der Drüsen stets um die im oberen Carotidendreieck des Halses gelegenen. Sind diese Drüsen allein erkrankt und mit dem umgebenden Gewebe nicht verwachsen, so kann, selbst wenn sie auf beiden Seiten afficirt sind, auf ein befriedigendes Resultat gehofft werden. Die Heilung beträgt in diesen Fällen 40—45 pCt. Es ist wichtig, mittels eines Schnittes auf beiden Halsseiten die Lymphdrüsen freizulegen, selbst wenn nur eine halbseitige Kehlkopfexstirpation gemacht worden ist. H. ist für die präliminare Tracheotomie. Von der Durchschneidung des N. laryngeus superior resultiren keine schlechten Resultate. Die Anwendung eines künstlichen Kehlkopfs ist unnöthig.

Die Thyreotomie mit Ausschälung der Geschwulst, noch bevor die Lymphdrüsen befallen sind, stellt gegenwärtig die Idealoperation dar; die guten Resultate sind der frühzeitigen Diagnose und dem wirksamen Operationsverfahren zu verdanken.

J. A. Bodine erkennt an, dass, wenn man unter Tumor des Kehlkopfinneren einen solchen versteht, der auf den Stimmlippen oder zwischen ihnen sitzt, locale Operationsmethoden gerechtfertigt sind.

Brewer spricht sein Erstaunen über die grosse Einfachheit der Methode aus. Er weist auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose, eventuell durch mikroskopische Untersuchung, hin. Er entfernt bei der Laryngectomie stets die längs der oberen Thyreoidgefässe liegenden Drüsen; er exstirpirt diese mit den Gefässen und dem umgebenden Gewebe und durchtrennt beiderseits den N. laryngeus superior.

Delavan hat häufig nach Reizung der intralaryngealen Geschwulst ein rapides Wachstum derselben beobachtet. Wenn daher auch die Entfernung eines Geschwulststücks für die mikroskopische Untersuchung unter Umständen sehr wünschenswerth sei, so empfehle es sich doch von den Patienten stets vorher die Erlaubniss einzuholen, dass, falls die Untersuchung Krebs ergebe, unmittelbar zur Operation geschritten werden könne. Ferner müsse er daran erinnern, dass dem Ausfall der mikroskopischen Untersuchung nicht allzu grosse Bedeutung beigelegt werde. Ein wichtiges diagnostisches Zeichen bei Epitheliom sind lancinirende Schmerzen; ähnliches beobachtet man auch bei specifischer Erkrankung, und falls irgend welche Zweifel bestehen, sollte jedenfalls eine solche specifische Behandlung versucht werden. Was die von dem Vortragenden mitgetheilte Statistik anbetrifft, so hält D. den Zeitraum von einem Jahr seit der Operation für zu kurz, um die gesund gebliebenen Fälle als geheilt zu bezeichnen; er würde 3 Jahre als untere Grenze annehmen und vorschlagen, dass dieser Zeitraum allgemein als Norm angenommen würde. Er räth allen, die bei frühzeitig diagnosticirtem Krebs des Kehlkopfinnern die besten Resultate zu erlangen wünschen, sich streng an die Semon-Butlin'schen Vorschriften zu halten.

Solis Cohen: Da wir gewöhnlich nur einen Theil der Geschwulst im Spiegel sehen, so erweist sie sich gewöhnlich ausgedehnter als man glaubte. Der Pat. muss daher vorher informirt werden, dass die Ausdehnung der Operation sich

nicht bestimmen lasse. In seinen eigenen Fällen hat C. einige Tage vorher die Tracheotomie gemacht und Nähte vermieden.

W. C. Philipps berichtet über einen Fall von partieller Laryngectomie aus seiner eigenen Praxis.

R. H. M. Dawbarn räth, nach Spaltung des Schildknorpels sofort mittels Gefriermikrotom ein mikroskopisches Präparat anzufertigen und nach dessen Ausfall den weiteren Gang der Operation einzurichten. Bei der Spaltung des Schildknorpels bedient er sich mit Vorliebe der Gigli'schen Drahtsäge, da man so am besten das Splittern des Knorpels vermeidet. In den vorgeschritteneren Fällen, die unoperabel sind, sollte die Unterbindung beider Carotiden versucht werden.

Sir Felix Semon wendet sich in seinem Schlusswort gegen die immer noch nicht ganz ausgerottete Anschauung von der besonderen Neigung der Kehlkopfgeschwülste zu einer bösartigen Degeneration, wenn sie intralaryngeal in Angriff genommen werden; er betrachtet es als seine Pflicht, gegen diese Theorie energisch zu protestiren.

Zweitens betont er nochmals, dass nicht immer, wenn die Diagnose auf Kehlkopfkrebs gestellt ist, die Larynxexstirpation indicirt ist und dass oft weniger radicale Maassnahmen zur Heilung genügen. Das Verhalten des Carcinoms im Larynxinnern nähme übrigens keine so isolirte Stellung ein; im Ohr, an der Lippe und am Penis lägen die Verhältnisse ungefähr ebenso.

Was die Tracheotomie betrifft, so hat sowohl Butlin wie er dieselbe stets der Thyreotomie unmittelbar vorhergeschickt.

Was die nach der Operation vergangene Zeit anbelangt, von der an man von einer Heilung sprechen kann, so hat S. gefunden, dass, wenn das Recidiv nicht innerhalb eines Jahres auftritt, ein solches überhaupt nicht zu erwarten ist. Wenn er seine 13 Jahre umfassende Statistik betrachtet, so findet er keine Differenzen, ob er als Zeitgrenze 1 Jahr oder 3 Jahre annimmt.

Zum Schluss weist S. nochmals auf die für das Gelingen der Thyreotomie nothwendigen Bedingungen hin: frühzeitige Diagnose und gründliche Entfernung alles Krankhaften nebst einer genügenden Zone von umgebendem gesunden Gewebe.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

94) **Ouspensky** (Russland). **Einfluss des Cocains auf die experimentalen Ueberpfropfungen von Schilddrüsen. (Influence de la cocaine sur la reprise des greffes thyréoidiennes.)** *Dissert. Genf 1904/5.*

Stärkere Cocainlösungen erzeugen im Pfropfe Thyreoiditis und Resorption desselben. Nur die 2proc. Lösung lässt vollkommenes Wachsthum der Transplantationen zu, wahrscheinlich (Christiani), weil diese Lösung sich zu den Geweben isotonisch verhalte.

JONQUIÈRE.

95) **Getzowa** (Gomel). **Ueber die Thyreoidea der Kretinen und Idioten.** *Dissert. Bern 1905.*

Kocher hat in ausführlicher Weise die Ansicht begründet, dass der kretinische Zustand auf Mangel an Schilddrüsenfunction zurückzuführen sei.

Anatomisch wurde dieser Satz bis jetzt eigentlich nur durch eine Arbeit, von Coulow, genauer erhärtet. Langhans fand dann auch bei Idioten und Mikrocephalen ähnliche Zustände, natürlich ohne bei letztern an derartige Aetiologie zu denken. Der vorliegenden Arbeit liegt ein Material aus dem pathologischen Institut Berns unter Langhans zu Grunde, bestehend aus 5 kretinistischen Schilddrüsen, und eben solchen von 5 Idioten und 1 Mikrocephalen. Wesentliche Unterschiede zwischen den Schilddrüsen dieser verschieden pathologisch entwickelten Individuen wurden nicht gefunden. Dem atrophischen Gewebe sind meist Knoten von Struma nodosa beigemengt. Neben den Knoten ist gewöhnlich gar kein Drüsengewebe oder nur noch in schmalen Streifen vorhanden. Etwa noch vorhandene Colloidtropfen in atrophischen Bläschen können für die Function der Drüse nicht mehr in Betracht kommen, da das Epithel wie das Colloid unverkennbare Zeichen höherer Entartung aufweisen und das Colloid nur als Ueberrest einer abgelaufenen Secretionsperiode betrachtet werden muss. Die Blut- und Lymphgefässe zeigen auch verschiedene Stufen von Degeneration. Meist ist nur das Epithel erhalten, während Media und Adventitia hyalin entartet sind. Ersteres ist häufig nur noch als rundes hyalines Klümpchen mit centralem Lumen zu erkennen. Das Auftreten von Gefässknospen in den Arterien möchte Verf. als Anpassungsvorgang von der normalen zur atrophischen Circulation auffassen. Eine Tafel mit mikroskopischen Skizzen ist beigegeben. Die eingehenden Beschreibungen können hier nicht wiedergegeben werden.

JONQUIÈRE.

96) **S. Edward Sanderson. Acuter postoperativer Thyreoidismus. (Acute postoperative thyreoidism.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1905.*

Verf. zählt die in der Literatur als acuter postoperativer Thyreodismus berichteten Fälle auf und berichtet über einen solchen aus seiner Praxis. Es handelte sich um eine 20jährige Frau; die Operation bestand in Exstirpation des Wurmfortsatzes. Das auffallendste Symptom der Schilddrüsenaffection war eine rapide Herzaction — 200 Pulsschläge in der Minute —; die Herzthätigkeit war derart, dass man das Herz deutlich am Fussende des Betts schlagen hören konnte. Wiederherstellung.

LEFFERTS.

97) **W. G. Mac Callum. Tumor der Glandula parathyreoidea. (Tumor of the Parathyroid gland.)** *Johns Hopkins Medical Bulletin. März 1905.*

Bei der Autopsie eines 26jährigen Mannes, der Jahre lang an chronischer Nephritis gelitten hatte und bei dem zwei Jahre vorher die Decapsulation vorgenommen worden war, fand man auf der rechten Seite, grade unter dem Pol der Schilddrüse und von ihr ganz getrennt eine runde glatte, von einer feinen Kapsel umgebene, im lockern Bindegewebe liegende Geschwulstmasse. Es handelte sich um zwei wohl ausgebildete Glandulae parathyreoideae.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

98) **Lotheissen** (Wien). **Diagnostik und Therapie der wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen.** (Nach einem Vortrage in dem Wiener med. Doctorencollegium 23. Januar 1905.) *Wiener med. Presse. No. 23. 1905.*

Der Vortragende rühmt die Oesophagoskopie, durch die man allein im

Stande ist, Fissuren der Schleimhaut zu sehen und zu behandeln, die fernerhin die schonendste Entfernung eines Fremdkörpers ermöglicht und ein Carcinom im Frühstadium erkennen lässt. Die übrige Abhandlung ist von mehr chirurgischem Interesse.

CHIARI.

99) **H. von Schrötter** (Wien). **Beitrag zur Oesophagoskopie bei Fremdkörpern.** *Wiener med. Wochenschr. No. 45 u. 46. 1904.*

Sch. entfernte auf endoskopischem Wege in sitzender Stellung der Patientin zweimal je einen grossen Fleischbissen, der sich in einer stricturirten Stelle des Oesophagus (Kalilauge) eingekeilt hatte. Hinweis auf den Werth dieser Art der Entfernung.

CHIARI.

100) **Hermann von Schrötter. Weiterer Beitrag zur Oesophagoskopie bei Fremdkörpern.** *Mit 1 Taf. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 11. 1904.*

Ein 16 Jahre alter Patient hatte mit 5 Jahren einen Zwetschenkern verschluckt, der sich im Oesophagus festkeilte, dort angeblich $1^1/_2$ Jahre verblieb und schliesslich herausgebrochen wurde. Mit 16 Jahren verschluckte Patient beim Essen ein unregelmässig gestaltetes Knochenstück (Halswirbel einer Gans), das sich in der 33 cm tief gelegenen alten Stenose „verankerte" und vom Autor auf ösophagoskopischem Wege entfernt wurde.

Die Krankengeschichte ist in extenso angeführt, die Technik erörtert.

HECHT.

101) **A. Honnecalt. Voluminöser Fremdkörper (künstliches Gebiss) des Oesophagus, diagnosticirt vermittelst der Radiographie. Extraction durch die äussere Cervicalösophagotomie. Heilung. (Volumineux corps étranger (dentier) de l'oesophage diagnostiqué par la radiographie. Extraction par l'oesophagotomie externe cervicale. Guérison.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 52. 1904.*

Der, wie durch die Radiographie festgestellt war, unmittelbar über der Incis. semilun. des Sternums in der Mittellinie festsitzende und durch die äussere Cervicalösophagotomie entfernte Fremdkörper besteht aus einem künstlichen Hartcaoutschucgebiss von 6 cm Breite und 3 cm Höhe. Heilung nach 20 Tagen.

BAYER.

102) **Bandel** (Lyon). **Oesephagotomia externa wegen eines im Oesephagus stecken gebliebenen Seustückes. (Oesophagotomie externe pour un sou resté dans l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. November 1904*

Pat. war ein 4jähriges Kind. Es bestand keinerlei Symptom, weder Dysphagie, noch Dyspnoe, noch Schmerzen. Ebenso zeigte Palpation und Inspection nichts Besonderes. Nur mittelst der Radioskopie entdeckte man das Münzstück unterhalb des Ringknorpels ein wenig unterhalb des Jugulum. Bérard versuchte vergebens, den Fremdkörper mittelst der Collin'schen Zange per vias naturales zu extrahiren. Schliesslich wurde die äussere Oesophagotomie ausgeführt. Die Wände der Speiseröhre wurden intact gefunden und deshalb die Oesophaguswunde völlig durch eine Catgutnaht geschlossen.

Heilung nach 12 Tagen.

PAUL RAUGÉ.



103) **Sebileau** (Paris). **Fremdkörper der Speiseröhre. Extractionsversuch mit dem Graefe'schen Münzenfänger. Ruptur der Speiseröhre. Tod. (Corps étranger de l'oesophage. Tentative d'extraction avec le panier de Graefe. Rupture de l'oesophage. Mort.)** *Société de Chirurgie. 14. December 1904.*

Es handelte sich um ein $2^1/_2$ jähriges Kind, dem ein Soustück im Oesophagus steckte. Nach vergeblichen, theilweise mit gewisser Gewalt angestellten Extractionsversuchen mit dem Münzenfänger starb das Kind 18 Stunden später. Bei der Autopsie fand sich eine breite Perforation der hintern Speiseröhrenwand. Der Eingriff hatte 36 Stunden nach dem Unfall stattgefunden. PAUL RAUGÉ.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **O. Chiari. Die Krankheiten der oberen Luftwege. III. Theil. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Leipzig und Wien 1905. Franz Deuticke.

Der dritte und letzte Theil des Chiari'schen Werkes behandelt die Anatomie, Physiologie und Pathologie des Kehlkopfes. Hier stossen wir auf das eigenste Arbeitsgebiet des Verf. und auf jedem Blatt fast erkennt man das besondere Interesse, das all' die Pioniere unseres Specialfaches auch heute noch mit dem Kehlkopf so ganz besonders eng verbindet. Eine Wiedergabe der entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse des Kehlkopfes hat sich der Verf. versagt, wohl mit Rücksicht auf die ausgesprochen praktischen Zwecken angepasste Anordnung des Werkes. Dahingegen ist die Anatomie und die Topographie und die Histologie in vortrefflicher Klarheit und Uebersichtlichkeit geschildert. Bei der Erörterung der Physiologie hat sich Chiari vollständig an das alte Schema gehalten. Das mag ja vielleicht der Uebersichtlichkeit des Ganzen zu Gute kommen, aber ein wissenschaftlich angelegtes Werk hätte doch m. E. nicht stillschweigend an so vielen neueren Arbeiten vorübergehen dürfen, die in manchen Punkten die frühere Schulmeinung erschüttern. Wenn dem Verf. die Ergebnisse der neueren Untersuchungen über die Erweiterer, über die Innervation während der Athmung, über die paralytische Contractur noch nicht genügend gesichert erscheinen, so war es gewiss sein gutes Recht, das in entsprechender Weise hervorzuheben; aber dass all' diese Arbeiten so kurzerhand ganz und gar ignorirt werden, das will mir nicht thunlich erscheinen.

Die Technik der Untersuchung ist anschaulich beschrieben — dass die auf Seite 100 abgebildete elektrische Stirnlampe nicht von der dort genannten Firma stammt, sondern vom Ref. bei der Firma W. A. Hirschmann, Berlin, construirt wurde, sei nur nebenher bemerkt. Die genaue Beschreibung der Intubation und der Tracheotomie mit ihren mancherlei Fährlichkeiten ist durchaus dankenswerth. Den Katarrh bezeichnet Chiari als eine nicht infectiöse Entzündung, die er der „Entzündung der Gewebe des Kehlkopfes" gegenüber stellt. Die Unterscheidung der verschiedenen Formen des Katarrhs, als da sind leichter und heftiger, diffuser acuter Katarrh, diffuser acuter trockener Katarrh nebst den verschiedenen Formen des umschriebenen acuten Katarrhes, hat Chiari wohl nur vorgenommen, um dem

angehenden Praktiker eine brauchbare Handhabe zu liefern. Als anerkennenswerther Fortschritt ist es zu begrüssen, dass Chiari als der erste Herausgeber eines Lehrbuches das Oedem, das Erysipel und die Phlegmone, die ihrem Wesen nach zusammengehören, nun auch wirklich als zusammengehörig schildert. Aus den folgenden Kapiteln sei noch besonders hervorgehoben die anschauliche Darstellung der Tuberculose des Kehlkopfes und die beherzigenswerthen therapeutischen Vorschriften, die Chiari hier aufstellt: er zeigt, wie man sich von kritikloser Polypragmasie eben so fern zu halten hat, wie von kritiklosem Nihilismus.

Bei der Besprechung der Krebstherapie registrirt Chiari, dass verschiedene Autoren bei frischen Fällen durch endolaryngeale Eingriffe eine vollkommene Heilung erzielt zu haben angeben, doch können seiner Meinung nach all' die endolaryngealen Methoden keine sichere Gewähr für die vollständige Entfernung des kranken Gewebes geben. Deshalb ist er der Ansicht, dass jede auch noch so kleine Neubildung, so bald ihr krebsiger Charakter festgestellt ist, extralaryngeal zu operiren sei.

Die angezogenen Punkte mögen genügen, um den Geist der Chiari'schen Arbeit zu charakterisiren. Jedes einzelne Capitel legt Zeugniss ab von der grossen Erfahrung seines Verf. und von seiner unbestechlichen Objectivität: sein Lehrbuch wird dem Anfänger ebenso wie dem Praktiker Belehrung und Anregung in reichem Maasse gewähren.

A. Kuttner.

---

b) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Juni 1904.

Vorsitzender: Mc Bride.

Saint-Clair Thomson: 1. Submucöse Resection einer Crista und Deviation der Nasenscheidewand.

Totale Verbiegung der Scheidewand, so dass selbst nach Cocain und Adrenalin die mittlere Muschel völlig unsichtbar blieb. Ein Sporn bohrte sich so tief in die untere Muschel, dass man nicht entscheiden konnte, ob eine Synechie vorlag. Nach der submucösen Resection wurden 3 Nähte angelegt. Ausgezeichnetes Resultat.

2. Völlige submucöse Resection einer grossen Septumdeviation.

Die Deviation betraf nur das knorplige Septum.

3. Bewegungsbeschränkung des rechten Stimmbands, besonders bei der Adduction.

Pat. ist ein Berufssänger. Das rechte Stimmband erreichte niemals die Mittellinie; die Abduction war träge, wurde jedoch vollständig, wenn man den Pat. aufforderte, tief zu respiriren. Es ist keine Erklärung dafür auffindbar.

Herbert Tilley, Sir Felix Semon und Furniss Potter können keine Parese des rechten Stimmbands constatiren.

Creswell Baber: Folgeerscheinungen in einem Fall von Pemphigus pharyngis.

Der Pat. wurde zuerst im December 1903 vorgestellt. Im Januar 1904 trat auch Pemphigus der äusseren Haut auf, dabei schien der Schleimhautpemphigus zuerst besser werden zu wollen, hat dann aber weiter Fortschritte gemacht. Exitus im März 1904. An den Augen war nichts Pathologisches.

Sir Felix Semon hat zuerst die Diagnose des Pemphigus in diesem Fall gestellt, die damals bei dem Mangel aller Erscheinungen seitens der Haut ungläubig aufgenommen wurde. Nach seiner Erfahrung gehen die Eruptionen auf der Schleimhaut denen der Haut gewöhnlich voraus.

Kelson: Fall von Kehlkopfgeschwür und Schwellung der Arygegend.

Das grosse Geschwür betraf die Aryknorpelgegend, das rechte Taschenband und rechte Stimmband.

Brown Kelly: Instrumente zur Eröffnung und Untersuchung der Highmorshöhle.

Die Instrumente bestehen in einem spitzen und einem stumpfen Troicart, die beide nacheinander zur Eröffnung der Höhle von der Fossa canina aus benutzt werden und verschiedenen Speculis, die nach Art der Ohrenspecula construirt sind und eine genaue Inspection der Beschaffenheit der Schleimhaut in der Höhle ermöglichen sollen.

Smurthwaite: 1. Sectionspräparat eines grossen Schleimpolypen in situ, der augenscheinlich völlige Resorption des Septums und der Muschelknochen bewirkt hat.

Der Polyp erfüllte die ganze rechte Nasenhöhle und einen Theil der linken; das Septum war verschwunden, ebenso die Muscheln. Ob es sich in der That um eine Resorption des Septum oder eine frühere specifische Affection handelt, ist unentschieden.

2. Mikroskopisches Präparat einer primären tuberculösen Geschwulst des Septums.

Der Tumor sass am Septum cartilagineum und hatte bläulich-weisse Farbe. Abtragung der Geschwulst, Curettage der Ansatzstelle, Einreibung von 75 proc. Milchsäure. Nach 3 Monaten kein Recidiv. Das Präparat zeigt bei Abwesenheit von Bacillen zahlreiche Riesenzellen.

Donelan: Präparat eines Gaumentumors.

Pat., eine 34jährige Frau, wurde in der vorigen Sitzung vorgestellt. Der entfernte Tumor wird der Geschwulstcommission zur Untersuchung überwiesen.

Dundas Grant: 1. Fall von Kehlkopfpapillom bei einem 50jährigen Mann.

Der Tumor sass der Mitte der rechten Stimmlippe auf. G. entfernte mittelst seiner Zange einen beträchtlichen Theil davon: die mikroskopische Untersuchung



ergab, dass es sich um ein Fibro-Papillom handelte. Er beabsichtigt, den für die Zange nicht ergreifbaren Tumorrest mittelst Galvanokaustik zu behandeln.

2. Fall von Sängerknötchen.

Bei dem 28jährigen Gesangskomiker sass ein stecknadelknopfgrosses Knötchen auf dem rechten Stimmband; dasselbe wurde mittelst Galvanokaustik entfernt. Eine Congestion des linken Stimmbands wurde durch Scarification mit dem Heryng'schen Messer behandelt. Erhebliche Besserung der Stimme.

3. Rechtsseitige Lähmung des Gaumens, des Stimmbands und des Pharynx bei einem 20jährigen Mädchen.

Bei der Phonation nähert sich der linke hintere Gaumenbogen der Mittellinie, die rechte Seite des Pharynx scheint nach rechts hinüber gezogen zu werden, in Wirklichkeit wird er wohl durch die Musculatur der entgegengesetzten Seite nach dieser Richtung gestossen. Pat. klagt seit einem Monat über eine Art Erstickungsgefühl im Halse. Es ist anzunehmen, dass die Läsion im Stamm oder Kern des Vagus ihren Sitz hat.

Herbert Tilley erinnert an einen von ihm mitgetheilten Fall, in dem es sich um Syringomyelie handelte.

Dundas Grant meint, der Beginn der Erkrankung sei für Syringomyelie zu acut gewesen; er denkt daher eher an eine Poliomyelitis des Bulbus, die den Kern des Vagus ergriffen hat.

Sir Felix Semon: 1. Fall von unbestimmter Ulceration der linken Stimmlippe bei einem 60jährigen Mann, der nach 18monatlicher Dauer spontan verschwindet.

Pat. wurde im December 1903 vorgestellt. Die Discussion ergab damals grosse Divergenz der Meinungen. Sieben Monate später, nachdem Pat. inzwischen eine schwere Influenza durchgemacht hatte, stellte er sich wieder vor. Man sah, dass das Ulcus völlig verschwunden war; es bestand eine leichte Congestion und Erschlaffung der linken Stimmlippe. Nach diesem Verlauf ist die Frage nach der Natur des Leidens nur noch räthselhafter geworden.

2. Präparat eines Falles von Cylinderepithelkrebs der Nase bei einem 24jährigen jungen Mann.

Pat. kam im März 1904 in Semon's Behandlung. Er hatte 10 Monate vorher eine heftige Blutung aus der linken Nase gehabt. September 1903 stellte sich abundanter wässriger Ausfluss aus der linken Nase ein. Im November 1903 sah Dr. Craig in Belfast den ganzen linken mittleren Nasengang von einer blumenkohlartigen Tumormasse eingenommen, die mit der Schlinge entfernt wurde. Mikroskopische Untersuchung eines Stücks ergab den Verdacht auf Carcinom. Im December 1903 entfernte Dr. Craig auf endonasalem Wege fast den ganzen Tumor, der augenscheinlich oben am Septum seinen Ursprung hatte. Im Februar bestand Verdacht auf Recidiv; es wurden Fragmente entfernt, deren Untersuchung wiederum den Verdacht auf Carcinom ergab. Im März sah Semon oben am Septum auf der linken Seite eine theils grau gefärbte, theils blutbedeckte granulirende Fläche.

Kein Tumor; keine Drüsen. 8 Tage später bereits konnte man ein deutliches Recidiv in Gestalt einer grossen warzigen Tumormasse sehen. Inzwischen hatte Dr. Shattock die Präparate des primären Tumors untersucht und die Diagnose auf ein papilläres Cylinderzellencarcinom gestellt. Am 14. März machte Victor Horsley die Radicaloperation. Nach Unterbindung der Carotis externa und Tamponade des Nasenrachens wurde der grösste Theil des knöchernen Septums, die linke mittlere Muschel und das Siebbein bis zur Lamina cribrosa entfernt. Ungestörte Heilung; bisher kein Recidiv.

3. Weitere Geschichte des Kranken mit unbestimmter Ulceration der linken Tonsille. (Zweimal der Gesellschaft vorgestellt, im November 1902 und Januar 1903.)

Im November 1902 war die Affection von verschiedenen Seiten für eine maligne angesehen worden; im Januar 1903 war die Ulceration verschwunden, die Mandel hatte sich erheblich verkleinert. Sechs Wochen lang darnach blieb der Hals völlig normal, dann und noch einmal im Mai 1903 trat eine acute Entzündung der rechten Seite mit Peritonsillitis und Drüsenschwellung, aber ohne Ulceration auf. Im Juni 1903 sah Semon den Patienten wieder und war nun von dem septischen Ursprung des Leidens überzeugt. Die Behandlung bestand in Chinin innerlich, Sauerstoffinhalationen, kalten Umschlägen um den Hals, leichter Diät und Aufenthalt in frischer Luft. Im October 1903 hatte Pat. ausgesprochene Adenitis inguinalis. Man dachte an Lymphosarkomatose und gab Arsen. Nach vorübergehender Besserung trat unter Temperatursteigerung eine Verschlechterung im Halse auf, gleichzeitig Enteritis acuta. Auf der rechten Seite des Pharynx war ein membranöser Belag, nach dessen Verschwinden sich wiederum eine Ulceration bildete. Die Affection beschränkte sich auf die rechte Mandel und Umgebung; zwischen den Gaumenbögen war eine mit schleimig-eitrigem Secret gefüllte Tasche. Nach Reinigung derselben entdeckte man ein kleines grau aussehendes Fragment der Tonsille. Kieferbewegungen verursachten heftige Schmerzen. Nach einer von dem behandelnden Arzt im Januar 1904 an Semon gelangten Nachricht hatte die Affection alles Gewebe in der Fossa tonsillaris zerstört bis auf ein kleines Stück der Tonsille. Pat. starb kurz darauf an Entkräftung. Die differentielle Diagnose schwankt zwischen chronischer Septikämie mit gelegentlichen Exacerbationen und einer Neubildung lympho-sarkomatöser Natur. Die linke Tonsille, die, als Pat. zuerst vorgestellt wurde (November 1902), der primäre Sitz der Erkrankung war, ist, nachdem sie geheilt war, bis zum Tode des Patienten völlig verschont geblieben.

4. Abtragung eines ungewöhnlichen Larynxtumors.

Der Tumor wurde zuerst 1888 im Larynx und am äusseren Hals der damals 30jährigen Patientin entdeckt. Bisher hatte er keine besonderen Beschwerden verursacht; Pat. trägt seit 12 Jahren eine Canüle. In letzter Zeit sind Erscheinungen von Reizung des Sympathicus, wie sehr abundante Salivation, aufgetreten. Seit den letzten 2 Jahren, die S. den Tumor nicht gesehen hatte, hat dieser beträchtlich an Volumen zugenommen. Pat. gab jetzt ihre Zustimmung zur Operation. Der Fall gleicht einem von Paul v. Bruns in seinem Handbuch der praktischen

Chirurgie beschriebenen. S. folgte der von Bruns beschriebenen Operationsmethode; Ausschälung des Halstumors aus der Umgebung und Verfolgung eines feinen fadenförmigen Stiels bis in das Larynxinnere. Im vorliegenden Fall trat der Tumor oberhalb des Schildknorpels in den Kehlkopf, zwischen jenem und dem Zungenbein.

Paterson: Entfernung eines Fremdkörpers aus der Trachea durch Tracheoskopie.

Bei dem 8jährigen Mädchen sah man mittels des Kehlkopfspiegels einen Fremdkörper unterhalb der Glottis. Der Fremdkörper geriet mehr in die Tiefe und verursachte erschwerte Respiration. Es wurde schleunigst die Tracheotomia inferior ausgeführt. Mittels der Tracheoskopie konnte man den Fremdkörper deutlich einstellen; es war eine Corsetöse.

Stephen Paget: Ein Fall von Kehlkopfaffection zweifelhafter Natur.

Es handelt sich um eine Affection der Hinterwand wahrscheinlich tuberculöser Natur.

De Santi: 1. 63jährige Frau mit Schwellung beider Aryknorpel und Infiltration der Epiglottis.

2. Lähmung des linken Stimmbandes.

Die Radioskopie hatte ein Aortenaneurysma vermuthen lassen, bei der Autopsie fand man ein in die Trachea hinein ulcerirtes Oesophaguscarcinom.

Sitzung vom 4. November 1904.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Waggett: Ein zur Diagnose mittels Killian's Methode entferntes Stück aus einer Stenose der Speiseröhre.

W. weist auf die Wichtigkeit dieser Methode für die Stellung einer sicheren Diagnose hin.

Der Vorsitzende weist darauf hin, dass die Methode von Kussmaul und später von Rosenheim und Anderen ausgebildet worden ist.

Hobday: Präparate von Halskrebs bei Hunden und Katzen.

Von den vier kranken Hunden waren drei im Alter von 7—8 Jahren; das Alter des vierten ist nicht angegeben. In jedem Falle handelte es sich um ein zerfallenes Plattenzellencarcinom; die Erkrankung hatte den Larynx, den Mundboden und Gaumen befallen. Bei der ebenfalls 8 Jahre alten Katze fand sich ein ähnlicher Tumor im Oesophagus. Alle diese Fälle wurden im Laufe weniger Monate beobachtet: es ist zweifellos, dass viele Fälle von Carcinom bei Hausthieren vorkommen. Es liegt nahe, in den Fällen von Halskrebs an ein durch verschlungene Knochen etc. gesetztes Trauma zu denken.

Der Vorsitzende hat ein Epitheliom an der Lippe eines Hundes beobachtet mit secundärer Betheiligung der Drüsen.

Furniss Potter: Ein Tumor der Aryknorpelgegend bei einem 64jährigen Manne.

Bereits im Mai vorgestellt. Seitdem erhebliches Wachsthum des Tumors. Antispecifische Behandlung war erfolglos.

De Santi: Affection des weichen Gaumens zur Diagnose.

Der Fall betrifft ein 22jähriges Mädchen. Man sieht auf der linken Seite des Gaumensegels einen rothen Fleck, von dem aus eine erythematöse Röthung zum vorderen Gaumenbogen zieht. Cocain-Adrenalinapplication bringt keine Veränderung hervor.

Arthur Cheatle und D'Est Emery: Ein Fall von Aktinomykose der Tonsille.

Eine sehr grosse Tonsille von ungewöhnlichem Aussehen wurde bei einem 16jährigen Mädchen entfernt. Emery fand bei der Untersuchung im unteren Theil der Mandel eine pseudocystische Höhle, die eine grosse Zahl von Lymphocyten und abgestossene Epithelzellen enthielt; auch fanden sich in ihr Colonien einer interessanten Art von Streptothrix. Die kleinste dieser Colonien glich in allen Punkten dem Aktinomyces. Die grösseren Colonien zeigten an der Peripherie der strahlenförmigen Ausläufer eine Art von Verdickung, die mehr auf eine Form von Conidien hinweist. Die Epithelwand der Cyste ist verdickt und zeigt Anzeichen der Entzündung. Unter dem Epithel ein schmales Band von Lymphgewebe, das von einer Zone wohlausgebildeter Tuberkel umgeben ist, in denen sich jedoch keine Tuberkelbacillen finden.

Butlin hat einen Fall von Aktinomykose des äusseren Halses gesehen, bei dem eine Infection der Tonsille auf derselben Seite vorausgegangen war.

Kelson: Kehlkopfgeschwulst bei einem 6jährigen Kind.

Ein Fibrom von der Grösse einer doppelten Erbse wurde aus der vorderen Commissur entfernt. Pat. wurde chloroformirt und sitzend operirt.

Betham Robinson: Ein Fall von Obstruction des Pharynx durch ein Diaphragma zwischen Zungengrund und hinterer Pharynxwand.

Pat. ist ein 10jähriges Mädchen. Sie bot folgendes Bild: Centrale Zerstörung des weichen Gaumens mit Verlust der Uvula, die hinteren Gaumenbogen waren nach hinten zur hinteren Pharynxwand gezogen durch feste fibröse Adhärenzen. Auf dem linken Gaumenbogen und der Mandel bestand bei der ersten Untersuchung ein acutes Geschwür. Vom Zungengrund zur hinteren Pharynxwand erstreckt sich ein aus Narbengewebe gebildetes Diaphragma, in der Mitte mit einer ovalen Oeffnung. Die Aetiologie besteht wahrscheinlich in Syphilis. Eine Erleichterung der sehr starken Dysphagie wurde durch Dilatation mittelst Bougies erzielt.

Cresswell Baber hat einen ähnlichen Fall nach Scharlach behandelt und gleichfalls mit Bougiebehandlung Besserung erzielt.

Paterson: Ein bei einem 12 Monate alten Kinde mittelst directer Laryngoskopie entfernter Fremdkörper.

Der Fremdkörper war ein seit 3 Monaten im Kehlkopf eingekeilter Hemden-

knopf. Zwei Monate, nachdem der Fremdkörper aspirirt war, traten Athemstörungen auf, die sich bis zum wirklichen Stridor steigerten. Die Radioskopie zeigte den Fremdkörper im Larynx in schräger Stellung, mit dem Kopf nach vorn. Es wurde unter Chloroformnarkose nach Einführung eines Röhrenspeculums mit der Zange entfernt. P. hat die Methode auch zur Operation von Papillomen bei Kindern angewandt.

Edward Law: Ein Fall von Ozaena trachealis mit zeitweiligen ausgesprochenen Stenoseanfällen.

Der 18jährige Kranke litt seit vier Jahren an Heiserkeit, besonders im Winter. Während der letzten drei Monate traten bisweilen heftige dyspnoische Anfälle auf. Als Pat. zuerst untersucht wurde, fand man das Lumen der Trachea erheblich durch Anwesenheit schwarzer Borken verengt, die in der Ringknorpelgegend anfingen und sich weit nach unten erstreckten. An den mittleren Muscheln sah man etwas eitriges Secret, ebenso an den Resten der Rachentonsille; dagegen waren weder im Nasenrachen noch in der Nase Krusten vorhanden. Man verordnete Nasenspülungen; danach sah man in der Trachea an Stelle der festen schwarzen Massen kleine gelblich-grüne Borken.

Der Vorsitzende hält den Fall für Laryngitis sicca.

Milligan sah ein ähnliches Vorkommniss bei einem Mädchen mit atrophischer Rhinitis. Eine Zeit lang wurde Antidiphtherieserum injicirt und er glaubt, dass die Krustenbildung darnach nachliess.

Dundas Grant: Ein Fall von Kehlkopftumor.

Ein grosser gestielter Tumor, der mit ziemlicher Schwierigkeit mittelst der Zange von der ary-epiglottischen Falte der 17jährigen Patientin entfernt wurde. Die mikroskopische Diagnose schwankt zwischen Fibrom und Sarkom.

Sitzung vom December 1904.

Vorsitzender: Mc Bride.

Edward Law: Fall von Ozaena trachealis.

Ein Fall ähnlich dem in der vorigen Sitzung mitgetheilten.

Sir Felix Semon: Wenn irgend ein Grund gegen die Anwendung der Killiam'schen Röhren in solchem Falle besteht, dann wäre es eventuell gerechtfertigt, die Tracheotomie zu machen und die Crusten zu entfernen.

Robinson räth zur Anwendung des Formalinsprays.

Bronner: Behandlung der Borkenbildung bei Nasen- und Nasenrachenkatarrh mit Formalinspray.

Es handelte sich um Borkenbildung aussergewöhnlicher Ausdehnung. Nachdem der Spray einige Wochen lang gebraucht war, trat ein leichtes Recidiv auf. Grosse Borken werden mit der Zange entfernt und dann der Spray von Formalinlösung (1:500 bis 1:1000) oder auch Einspritzungen von 1promilliger Lösung angewandt.

Sir Felix Semon: Epitheliom des Kehlkopfs. Thyreotomie. Recidiv. Entfernung des grössten Theils des Kehlkopfs. Heilung.

Es handelte sich um Epitheliom an dem vorderen Theil des rechten Taschenbands. Die Diagnose wurde durch Untersuchung Dr. Shattock's nach Entfernung des Tumors durch Thyreotomie bestätigt. Nach 4 Monaten zeigte sich wieder eine Geschwulst, deren Untersuchung ergab, dass sie aus Granulations- und Narbengewebe bestand, mit neugebildeten lymphatischen Räumen, in denen man Anhäufungen von Krebszellen sah.

Bei der zweiten Operation wurde nun die ganze rechte Schildknorpelplatte und ein Theil des Ringknorpels, sowie ein Theil des linken Stimmbands entfernt. Die Heilung ging ungestört vor sich; zur Zeit keine Spur von Recidiv. Die laryngoskopische Betrachtung ergiebt eine auffallend geringe Deformität des Larynx. Dank der Activität der linken Taschenlippe ist die Stimme ziemlich laut. Bei der Operation fanden sich keine Drüsen.

Dundas Grant: Hypertrophische Rhinitis mit einer die mittlere Muschel vortäuschenden Hypertrophie der Septumschleimhaut.

Lambert Lack: 1. Knöcherner Tumor der Nase.

Ein junges Mädchen mit seit einigen Monaten datirender völliger Nasenverstopfung. Das Septum war ganz nach rechts hinüber gedrängt durch einen Tumor, den man im linken Naseneingang sah und der von normaler Schleimhaut bedeckt war und eine glatte Oberfläche zeigte. Unter Anästhesie konnte man feststellen, dass der Tumor in den Nasenrachen hineinragte. Er schien aus weichem Knochen zu bestehen, von der mittleren Muschel auszugehen. Dadurch, dass der Ausführungsgang verlegt wurde, war eine Mucocele des Antrum entstanden. Obwohl die Operation nur eine unvollkommene war, trat kein Recidiv im Laufe eines Jahres auf. Es handelte sich um kein gewöhnliches Osteom, sondern möglicherweise ein verknöchertes Sarkom.

2. Carcinom der Nase.

Pat. war ein 67jähriger Mann. Es wurde zuerst geglaubt, dass es sich um eine eitrige Sinusitis mit Polypenbildung handele; aber mikroskopische Schnitte ergaben Carcinom. Ein hervorstechendes Symptom waren Schmerzen. Es wurde eine Incision um die innere Orbitalwand gemacht, das Periost abgelöst und die Operation nach Rouge vorgenommen.

Wyatt Wingrave sagt, dass das Plattencarcinom der Nase nicht die histologischen Charaktere zu zeigen braucht, die gewöhnlich dem Epitheliom zugesprochen werden.

Wyatt Wingrave: Tumor der Tonsille.

Der Fall betrifft eine 64jährige Frau. Der Tumor besteht seit 14 Monaten und hat sich von der Tonsille aus nach oben und unten ausgebreitet. Drüsenschwellung; Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes.

Tilley: Lymphosarkom der Tonsille; erhebliche Besserung nach Arsengebrauch.

19jähriger Mann. 18 Monate zuvor wurden die Drüsen auf der rechten Hals-



seite entfernt. Als Pat. vor 4 Monaten zuerst gesehen wurde, war der Rachen fast ganz verlegt von einer colossal vergrösserten rechten Tonsille mit oberflächlicher Ulceration. Schlucken und Athmen war erschwert. Im Nacken grosse Drüsenschwellungen. Nach Gebrauch von Liquor arsenicalis innerlich in steigender Dosis verschwand der Tumor völlig.

De Havilland Hall hat einen Fall von Lymphosarkom beobachtet, in dem der Tonsillartumor nach Arsengebrauch ebenfalls völlig verschwand, jedoch der Tod in Folge allgemeiner Lymphosarkomatose eintrat, wozu noch eine Arsen-Neuritis hinzukam. Er hat nach Operationen, bei denen die Hauptmasse der Drüsen entfernt worden war, den Rest nach Arsen verschwinden sehen in Fällen, wo das Medicament vor der Operation sich erfolglos erwies.

Der Vorsitzende hat Fälle gesehen, in denen Natr. cacodylic. und Jodoform einen ausgezeichneten Erfolg gebracht haben.

Lambert Lack räth zur Radicaloperation, nachdem vorher die Geschwulst durch Arsen reducirt worden ist.

Herbert Tilley. 1. Submucöse Resection des verbogenen Septums nach Killian.

Am wichtigsten ist die Entfernung der unteren knöchernen Partie.

2. Subacutes Stirnhöhlenempyem nach Scharlachfieber bei einem Kinde.

Neunjähriger Knabe. Drei Wochen nach Beginn des Scharlach erschien eine schmerzhafte Schwellung des Stirnsinus mit Oedem des Augenlides. Es wurde radical operirt; in der vorderen Sinuswand fand sich nahe der Mittellinie eine Perforation. Heilung.

Cawson: Fall von Lupus pharyngis et laryngis.

Bei der Patientin war der Lupus auf die Uvula, hintere Gaumenbögen und Epiglottis beschränkt. Der Vater hatte lange Jahre hindurch an Lupus des Gesichts gelitten.

Mc. Bride empfiehlt Curettage und Milchsäurebehandlung.

Lambert Lack hat fast stets gefunden, dass Pharynxlupus unter Arsenbehandlung sich bessert; Lupus des Kehlkopfes wird in der Majorität der Fälle geheilt. Wenn sich im Sputum keine Tuberkelbacillen finden, so hält er die Krankheit nicht für gefährlich vom Standpunkt der Contagiosität aus.

F. J. Steward: Lähmung des linken Stimmbandes in Folge von Tumor der Schilddrüse.

Der Tumor ist möglicherweise ein maligner. Es besteht seit 6 Wochen Heiserkeit.

Dundas Grant: Fall von Geschwür der Zunge bei einem $2^1/_2$jährigen Knaben.

Das Geschwür besteht seit 6 Monaten. Der Vater litt an Tuberculose.

Bennett: Schwellung im Nasenrachen (vorgestellt in der Mai-Sitzung).

Mikroskopische Präparate zeigten keine Anzeichen von Tuberculose. Jod und Hg wurde gegeben und nach mehreren Wochen verschwand die Schwellung völlig.

Hill: Nekrose des Siebbeins bei Bruder und Schwester in Folge hereditärer Lues. E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Vorläufiges Programm der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran 24. bis 30. September 1905.

23. Abtheilung: Hals- und Nasenkrankheiten.

Einführende: Dr. Fr. Fischer, Meran,
Univ.-Prof. Dr. Juffinger, Innsbruck.
Schriftführer: Dr. Rischawy, Meran,
Dr. Wasserman, Meran.
Sitzungsraum: 6. Klasse der Knabenvolksschule, Burghof.
Verpflegungsstätte: Festhalle, Herzog Rudolfstrasse.

1. Flatau und Gutzmann (Berlin): Die Stimme des Säuglings.
2. Grünwald (München-Reichenhall): Thema vorbehalten.
3. Imhofer (Prag): Ueber Singen mit falschem Ansatz.
4. Lange (Kopenhagen): Adenoide Wucherungen und Enuresis des Kindes.
5. Löhnberg (Hamm in W.): Die Behandlung der Mundathmung und des chronischen Tubenverschlusses mit der Kieferdehnung nach Schröder.
6. Pick (Meran): Demonstrationen.
7. Réthi (Wien): Thema vorbehalten.

Die Abtheilung ist eingeladen von Abtheilung 18 (Chirurgie) zu:

Gottstein (Breslau): Ueber die Diagnose und Therapie der Fremdkörper in den Bronchien und ihre Entfernung auf bronchoskopischem Wege.

Die Laryngologie und der Internationale Medicinische Congress zu Lissabon.

Die Forderung einer vollen unabhängigen Section seitens der Deutschen laryngologischen Gesellschaft ist von dem Lissaboner Organisationscomité abschlägig beschieden worden. Prof. B. Fränkel (Berlin) ist in Folge dessen aus dem Deutschen Reichs-Comité für den internationalen Congress ausgetreten, dessen stellvertretender Vorsitzender er war, und hat auch alle anderen Aemter für den Congress niedergelegt, welche er übernommen hat.

Es dürfte dies wohl der Schlussact der Verhandlungen über die Theilnahme der Laryngologen an dem Lissaboner Congresse sein. Für uns ist die Angelegenheit dahin erledigt, dass der Congress, soweit die Laryngologie betroffen ist, einfach ausfällt. Es mögen wohl einige dem öffentlichen Leben fernstehende Laryngologen in Unkenntniss der Verhältnisse die sogenannte „Subsection für Laryngologie und Otologie“ in Lissabon besuchen; für die wissenschaftliche Laryngologie der Welt existirt dieselbe nicht. Der Gewaltact, mittelst dessen man uns eine unwürdige Stellung aufzudringen versucht hat, kommt aus einem Lande, das während der 50 Jahre des Bestehens der modernen Laryngologie nicht einen einzigen nennenswerthen Beitrag zur Entwickelung unseres Faches geliefert hat, ein neuer Beweis für die alte Erfahrung, dass diejenigen gewöhnlich die heftigsten Gegner einer Sache sind, die am wenigsten von ihr wissen! — Es steht zu hoffen, dass die wirklich unwürdigen Versuche, die Laryngologie in eine untergeordnete Stellung

herabzudrücken, sich bei den Nachfolgern des Lissaboner Congresses nicht wiederholen werden. —

Bezüglich der Frage der Tagung laryngologischer und otologischer Congresse sendet uns Dr. P. Mink (Deventer) folgende Zuschrift:

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In Ihrer Antwort an Herrn Burger in der Julinummer Ihres Centralblatts traf ich den Satz: „Wenn der eine Theil darauf besteht, an allem theilzunehmen, was ihn interessirt, und dieses „alles" den anderen Theil nur zur Hälfte interessirt, so scheint eine ideale Lösung der Frage geradezu undenkbar". Freilich ist der Vorschlag Burger's in dieser Beziehung unpractisch. Beide Theile können aber vollständig Ihrem Wunsche Folge leisten, wenn die betreffenden Vorträge nach einander gehalten werden. Ich dachte daran, wie gut ich es als Oto-Rhino-Laryngologe dieses Jahr in Deutschland getroffen habe. Nachdem ich meine Wissbegierde in Homburg mit Otologie gespeist hatte, konnte ich mich in Heidelberg an Laryngologie ergötzen. „Wäre es nur immer so", war mein oto-rhino-laryngologischer Stossseufzer.

Warum können die Otologen und die Laryngologen nicht als zwei Schwesterdisciplinen nach einander im nämlichen Locale tagen? Hierdurch braucht die Selbstständigkeit beider in keinem Punkte gefährdet zu werden. Ich höre schon die Antwort: „die Zeit wird solcherweise nicht genügen für die grosse Zahl der Themata". Hier liegt meines Erachtens der Schwerpunkt der Frage, und hier muss auch die Lösung gesucht werden. In Homburg wurde der Antrag Bloch's angenommen, die Referate in der Deutschen otologischen Gesellschaft, analog vielen anderen gelehrten Gesellschaften, schon vorher gedruckt zu vertheilen und nur Thesen zu discutiren. Wenn in Bezug auf die Laryngo-Rhinologie ebenso vorgegangen wird, so wird das eine grosse Zeitersparniss geben. Solcherweise kann hoffentlich erreicht werden, dass beide Disciplinen ihren eigenen Tag haben für Demonstrationen und Discussionen. Die überaus grösste Zahl der Congressbesucher ist dann als Oto-Rhino-Laryngologe ganz beschäftigt, während die kleinere Zahl von reinen Otologen und reinen Laryngologen jeder ihren freien Tag haben, der, wenn auch nicht nützlich, dann doch wohl angenehm zu verbringen sein wird.

Mit hochachtungsvollen Grüssen

Ihr ergebener

Dr. P. J. Mink.

[Dieser gutgemeinte Brief löst leider die Schwierigkeiten bei den allgemeinen internationalen medicinischen Congressen ganz und gar nicht. Wie oft in diesem Blatte auseinandergesetzt, haben wir, d. h. die Laryngologen, bei den besten Gelegenheiten dieser Art während der ganzen Dauer des Congresses, und zwar sowohl Vormittags wie Nachmittags getagt, ohne das ganze vorgebrachte Material befriedigend erledigen zu können. Wie sollen da nun zwei Sectionen nach einander in demselben Local tagen und das beiden zur Verfügung gestellte Material erschöpfend aufarbeiten können? — Wenn auch zugegeben werden mag, dass vorheriger Druck der Vorträge oder einer Synopsis derselben die Arbeitslast bis zu einem gewissen Grade verringern mag, so ist es doch durchaus unwahrscheinlich, dass die so gemachte Ersparniss die Ausführung des Vorschlages des Collegen Mink befriedigend ermöglicht. Red.]

Personalnachricht.

Als Nachfolger des verstorbenen Dr. Guye, ausserordentlichen Professors der Ohrenheilkunde an der Universität Amsterdam, ist unser werther Mitarbeiter, Privatdocent Dr. H. Burger, dem wir unsere besten Glückwünsche aussprechen, zum ausserordentlichen Professor der Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Amsterdam ernannt worden. Hiermit ist der erste Lehrstuhl der Laryngologie in Holland geschaffen worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, September. 1905. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **L. von Schrötter. Der 100. Geburtstag Senor Manuel Garcia's und der 50. Gedenktag der Entdeckung des Kehlkopfspiegels.** (Erinnerungsworte am Beginne der klinischen Vorlesung am 17. März 1905.) *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1905.*

Entsprechende Betrachtungen unter Würdigung der Bedeutung Garcia's, Türck's und Czermak's für Laryngoskopie und Laryngologie. HECHT.

2) **Pieniazek. Senor Manuel Garcia.** *Pregl. Lekar. No. 10. 1905.*

In einem Leitartikel anlässlich der Garciafeier schildert Verf. G.'s Lebenslauf und seine Verdienste um die Laryngologie. A. v. SOKOLOWSKI.

3) **Sendziak. Fortschritte in der Laryngo-Rhinologie in den letzten 25 Jahren. (Potespy w Laryngologii i rynologii w ostatnich 25 latach.)** *Kronica Lekarska. No. 5—9. 1905.*

Verf. giebt ein Resumé von den wichtigsten Fortschritten unser Wissenschaft, wobei er speciell die in polnischer Sprache publicirten Arbeiten genau analysirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

4) **Robert Levy. Die Beziehung von Magenkrankheiten zu Affectionen von Mund, Nase und Hals. (The relation of diseases of the stomach to affections of the mouth, nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 17. December 1904.*

Verf. stellt als Leitsätze auf, dass erstlich manche Erkrankungen der oberen Luftwege und der angrenzenden Höhlen gewisse Magenleiden verursachen können, dass zweitens umgekehrt gewisse Erkrankungen der oberen Luftwege durch Magenaffectionen hervorgerufen werden und drittens, dass infolge dieser engen causalen Beziehung die Behandlung nach beiden Seiten hin ihr Augenmerk zu richten hat. Unter den Nasenleiden, die besonders mit Verdauungsstörungen einhergehen können, nennt er Rhinitis vasomotoria, nasale Irritation und Nasenröthung. Derselbe Zusammenhang besteht auch bei Parästhesie und Hyperästhesie des Pharynx, sowie Hyperästhesie des Larynx und Spasmus laryngis. LEFFERTS.

5) **L. Kingsford. Die Wege der Infection bei Tuberculose der Kinder. (The channels of infection in tuberculosis in children.)** *Lancet. 24. September 1904.*

Bei 339 untersuchten Fällen ging die primäre Infection nur in 13 Fällen vom Pharynx aus.

ADOLPH BRONNER.

6) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber die Wege der tuberculösen Infection im kindlichen Körper.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7—10. 1904.*

Durch Versuche und Ueberlegungen gelangt Verf. zu dem Schlusse, „dass die Tuberculose im Kindesalter vielleicht in der Mehrzahl der Fälle dadurch entsteht, dass der Tuberkelbacillus durch die bei der Dentition geschaffenen Verletzungen der Mundschleimhaut in die Lymphbahnen des Halses gelangt und continuirlich oder discontinuirlich eine Tuberculose der Hals-, der tracheo-bronchialen, der bronchialen, retrosternalen und vielleicht auch der mesenterialen Lymphdrüsen, d. h. eine exquisite Drüsentuberculose hervorruft, wobei selbstverständlich nicht ausgeschlossen ist, dass eine isolirte Bronchialdrüsentuberculose von den Lungen, eine Mesenterialdrüsentuberculose vom Darm aus herrührt". Nach Erfahrungen am Sectionstisch meint Verf., dass die Tuberculose des erwachsenen Menschen in der Mehrzahl der Fälle eine Inhalationstuberculose ist. Die Tuberculose der Gaumen- und Rachentonsillen und eine Infection von hier aus hält er für selten, weil sonst öfter in ihnen die Anzeichen von Tuberculose gefunden werden müssten. Zum Schluss befasst sich Verf. noch mit der Theorie v. Behring's.

ALBANUS (ZARNIKO).

7) **Magnus Möller** (Stockholm). **Mittheilungen aus der Abtheilung für Lichtbehandlung im Krankenhaus St. Göran (Stockholm).** *Nord. med. Archiv (innere Medicin). Bd. 37. No. 10. 1904.*

Verf. hat 113 Patienten mit Licht nach Finsen's Methode behandelt. Die Krankheiten waren: Lupus vulgaris (79 Fälle), Lupus erythematosus (17 Fälle), Carcinoma cutis (12), Alopecia areata (3), Naevus vasculosus (1) und Acne rosacea (1). Von den 79 Lupuspatienten wurden 17 geheilt, 10 nahezu geheilt, 4 bedeutend gebessert, bei einem war das Resultat unbefriedigend; 46 sind noch in Behandlung; 1 musste aus Gründen der Disciplin abgewiesen werden.

E. SCHMIEGELOW.

8) **Polland** (Graz). **Therapeutische Versuche mit Radium und sensibilirenden Substanzen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1904.*

Unter anderen Fällen — vorwiegend Tumoren der Haut — wurde das Radium auch in einem Falle von Haemangioma cavernosum der Mundhöhle und des Pharynx mit gutem Erfolge angewendet. Der Autor kommt auf Grund seiner Beobachtungen u. A. zu folgenden Ergebnissen: 1. Das Radium wirkt in analoger Weise wie die X-Strahlen oder concentrirte Sonnenstrahlen oder elektrisches Licht zerstörend auf die Gewebe. 2. Eine elective Wirkung in dem Sinne, dass neoplastisches Gewebe früher oder gar allein mit Schonung der Umgebung zerstört würde, lässt sich nicht feststellen. 3. Eine Zerstörung tiefer liegender Gebilde bei Erhaltung der oberflächlichen Schichten tritt nicht ein. 4. Der Gewebszerfall dauert noch lange nach dem Aussetzen der Bestrahlung fort. Die Heilungsdauer der ge-

setzten Substanzverluste ist abnorm lang. 5. Cavernöse Haemangiome kommen dadurch zur Vernarbung, dass sich die an der bestrahlten Stelle angeregte Blutgerinnung rasch auf die Umgebung fortpflanzt und die entstandenen Thromben sich organisiren. 6. Eine sichere Dosirung ist vor der Hand nicht möglich.

CHIARI.

9) **Leonhard Görl** (Nürnberg). **Ein neues Feld für die Radiotherapie (Strumenbehandlung).** *Münch. med. Wochenschr. No. 20. 1905.*

Autor berichtet über 8 Fälle, bei denen Strumen, die theilweise mit subjectiven Beschwerden verbunden waren, durch wiederholte Röntgenbestrahlungen sich zurückbildeten. Die subjectiven Athembeschwerden verschwanden zugleich.

HECHT.

10) **M. A. Cryer** (Philadelphia). **Anwendung der Röntgenstrahlen bei Untersuchungen über normale und pathologische Anatomie der inneren Structur des Gesichts. (Use of the Roentgen rays in the studies of the normal and pathological anatomy of the internal structures of the face.)** *American Journ. Med. Scs. Februar 1905.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die mannigfachen Punkte, die bei der Betrachtung stereoskopischer radiographischer Aufnahmen beachtet werden müssen. Bezüglich des klinischen Studiums von Nebenhöhlenerkrankungen beim Lebenden ist Verf. nicht geneigt, der stereoskopischen Radiographie unbedingten Werth einzuräumen.

A. LOGAN TURNER.

11) **S. J. Meltzer** und **Kl. Meltzer-Auer. Die Wirkung des Suprarenalextracts auf die Pupillen der Frösche. (The effect of suprarenal extract upon the pupils of frogs.)** *Amer. Journ. of Physiol. XI. 5. p. 449.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

12) **J. M. Brown. Ueber den Gebrauch von öligen Lösungen salzsauren Adrenalins bei den acuten Formen von Rhinitis und Laryngitis. (On the use of a solution of adrenalin chloride in oil in the acute forms of Rhinitis and Laryngitis.)** *Jowa Medical Journal. 15. April 1905.*

Es werden nur vier Fälle mitgetheilt, und zwar so oberflächlich, dass die Beobachtungen keinerlei Werth beanspruchen können.

EMIL MAYER.

13) **Gordon Sharp. Die Behandlung der hypertrophischen Rhinitis und Pharyngitis mit Thoriumnitrat. (The treatment of hypertrophic rhinitis and pharyngitis by thorium nitrate.)** *Lancet. 23. April 1904.*

Ein 36jähriger Mann litt an linksseitiger Pleuritis. Im Auswurf fanden sich keine Tuberkelbacillen. Er hatte seit 10 Jahren eine rauhe Stimme. Der weiche Gaumen und die Gaumenbögen waren besetzt mit stecknadelgrossen gelben Knötchen, die Zungentonsille war hyperplasirt. Auf den geschwollenen Taschenbändern und in der Interarytaenoidgegend sah man zahlreiche Tuberkel. Unter monatelanger Anwendung von Eisessigapplicationen verschwanden die Knötchen, es blieb aber noch Röthung und Verdickung der Schleimhaut bestehen. Man liess den

Patienten nun eine Stunde lang täglich eine Lösung von 100 g neutralem Thoriumnitrat in 300 ccm Wasser inhaliren; unter dieser Behandlung trat wesentliche Besserung ein.

ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) E. Ballowitz. **Die Riechzellen des Flussneunauges (Petromyzon fluviabilis L).** *Arch. f. mikroskop. Anat. LXV. 1. S. 78.*

Das Epithel der Regio olfactoria von Petromyzon wird von zwei Zellformen, den Stützzellen und den Riechzellen gebildet; zwischen beiden Zellformen bestehen keine Uebergänge. Die Riechzellen bestehen aus einem peripheren, kernhaltigen Protoplasmakörper und einem centralen varicösen Nervenfortsatz. Letzterer geht aus einem Conus des hinteren Endes des Protoplasmaleibes hervor. Die Nervenfortsätze liegen oft zwischen den basalen Theilen der Stützzellen und verlaufen auf grössere Strecken zwischen ihnen, um erst dann subepithelial zu werden. Am peripheren Ende der Riechzellen ist eine knöpfchenartige Verdickung, die Cilien trägt. Die Riechzellen berühren sich nicht mit ihren Flächen, sondern sind durch 1—2 Stützzellen getrennt. Schlussleisten umgeben die peripheren Enden der Stütz- und Riechzellen, die dann wie in einem Gitterwerk stecken. Die Köpfchen der Riechzellen überragen dabei die Leisten gegen die freie Schleimhautfläche hin.

J. KATZENSTEIN.

15) E. Kamon. **Ueber die Geruchsknospen.** *Arch. f. mikroskop. Anat. LXIV. 4. S. 653.*

Im Gegensatz zu Blank führt Verf. aus, dass beim Hecht (Esox lucius) und beim Knurrhahn (Trigla corax) Geruchs- und Geschmacksknospen verschieden sind. Die von Disse bei Säugern beschriebenen und mit Geschmacksknospen verglichenen Epithelknospen der Regio olfactoria unterscheiden sich von den Geschmacksknospen, da sie nichts anderes als Einstülpungen und Faltenbildungen des Epithels gegen die darunter liegende Tunica propria vorstellen. Es giebt in der Riechschleimhaut der Fische und der Säuger keine Bildungen, die mit Geschmacksknospen verglichen werden können.

J. KATZENSTEIN.

16) W. Hösel. **Ueber die Markreifung der sogen. Körperfühlsphäre und der Riech- und Sehstrahlung des Menschen.** *Arch. f. Psych. XXXIX. p. 195.*

Frontal- und Sagittalschnitte eines Gehirnes aus dem Ende des 9. Fötalmonats, Horizontalschnitte eines um weniges jüngeren Gehirnes und Frontalschnitte eines Gehirnes mit Exitus 4 Stunden post partum.

Riechstrahlung: Ein markreifes Bündel, das eine directe Verbindung des Uncus mit dem Gyr. fornicatus vermittelst der Nn. Lancisi und des Gyr. Hippocampi um und über den Balken darstellt. Ferner findet sich ein zweites primäres dreigliederiges System der Riechstrahlung: erstes Glied = Tractus-olfactorius-Wurzel zur Substantia perforata ant.; zweites Glied = Verbindung von Substantia perforata ant. und Gangl. habenulae durch die Taenia thalami; drittes Glied = Verbindung des Gangl. habenulae und der Substantia perforata post. durch das Meynert'sche Bündel.

J. KATZENSTEIN.

17) **E. Zuckerkandl. Die Riechstrahlung.** *Arb. aus d. neurol. Institut an der Wiener Universität. 1904.*

Vergleichend-anatomische Untersuchung der im Septum verlaufenden Fasern nach Weigert-Präparaten bei verschiedenen Säugethierklassen. Die in das Septum einstrahlenden Fornixfasern aus dem Gyr. fornicatus und dem Ammonshorn findet man auch bei Thieren ohne einen compacten Fornix longus (gewisse Fledermäuse, Aplacentarier). Der Fornix longus ist der cranielle Theil einer Bahn, welche die Fibrae perforantes corporis callosi und des Psalteriums umfasst. Fibrae perforantes psalterii können zwischen den Bündeln der Columna fornicis durchlaufend in den Fasciculus hippocampi verfolgt werden, andere betheiligen sich an dem Aufbau der Columna fornicis, in derselben zur Basis ziehend, wodurch eine Verbindung des ventralen Ammonshornes mit dem Corpus mammillare hergestellt wird. Schliesslich wird die Faserung des Fasciculus hippocampi des Fasciculus olfact. propr. beschrieben.

Vorwiegend centrifugale Fasern dürften die Columna fornicis, die Pars ant. derselben, jene Fibrae perforantes psalterii, die zur Säule ziehen, und der Fasciculus mammillaris des Riechbündels sein, centripetal ist der Fasciculus olfactorius proprius.

J. KATZENSTEIN.

18) **G. F. Nicolai. Ueber die Leitungsgeschwindigkeit im Riechnerven des Hechtes.** *Arch. f. An. u. Physiol. 5/6. p. 578. 1904.*

Alle Theile des N. olfactor. des Hechtes leiten gleich gut. Die scheinbare Abnahme der Leitungsgeschwindigkeit nach öfteren Reizungen beruht auf Schädigung der Reizstelle, die scheinbare Erhöhung der Leitungszeit bei stärkerem Reiz auf Stromschleifen. Die Fortpflanzung der Reizwelle beginnt bei Reizung mit Inductionsschlägen sofort, bei Reizung mit constanten Strömen erst nach einer messbaren Latenz, erfolgt dann aber schneller als bei Reizung mit Inductionsschlägen.

J. KATZENSTEIN.

19) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Präcisions-Olfactometrie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 171. 1904.*

Mittheilungen über Verbesserungen des Riechmessers und über die practische Ausführung der Olfactometrie, die sich zur Wiedergabe im Referat nicht eignen.

F. KLEMPERER.

20) **Rudolfo Stevani. Ein neuer klinischer Olfactometer. (Un nuovo olfattometro clinico.)** *Arch. Ital. di Otologia. IV. 1905.*

Der Olfactometer zeichnet sich durch grosse Einfachheit aus. Er besteht aus einer 60 ccm haltenden Flasche mit breitem Hals, einem in der Mitte durchbohrten Gummistöpsel und einem Glastubus von 7 cm Länge, der in einer verschieblichen Hülse steckt und durch den Gummipfropf hindurchgesteckt wird. Dieser Tubus ist oben offen, unten geschlossen und hat einen längsverlaufenden seitlichen Schlitz. Je mehr von diesem Schlitz durch die Hülse verschlossen wird, desto weniger von der riechenden Substanz gelangt in die Nase desjenigen, der an dem oberen offenen Ende des Tubus riecht. Der Tubus ist graduirt.

FINDER.

21) **G. Martuscelli** und **U. Martelli. Veränderungen des Geruchssinns bei allmäliger Asphyxie infolge völliger Nasenstenose. (Alterazioni del senso dell'olfatto nell'asfissia lenta da stenosi nasale completa.)** *Arch. Ital. di Otologia. II. 1905.*

Verff. vernähten die Nasenlöcher bei Kaninchen; die Geruchsorgane wurden, nachdem die Tiere gestorben waren, mikroskopisch untersucht. Die Veränderungen, die man an der Macula lutea und den Bulbi olfactorii fand, beschränkten sich auf die Zerstörung einiger Sinneszellen, sowohl des Riechepithels wie des Epithels der Bulbi. In letzterem sah man bisweilen varicöse Atrophie, Zerfall einiger Dendriten der Neuronen. Neben diesen leichten Veränderungen am Geruchsorgan fanden sich in den andern Organen, besonders den Lungen und Nieren, sehr schwere, die den Tod der Thiere veranlasst hatten. FINDER.

22) **H. Halácz** (Miskolsz). **Beitrag zu nasalen Infection der Augenbindehaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 241.*

Krankengeschichte eines Falles von Infection des Auges in Folge acuten Empyems des Sinus maxillaris. Die Erkrankung des Sinus maxillaris war zuerst seröser Natur und entwickelte sich dann in Folge unbekannter Ursachen zum Empyem; der auch im unteren Nasengang reichlich vorhandene Eiter gelangte höchstwahrscheinlich durch den Ductus nasalis in das linke Auge und verursachte dort ernste Erkrankung (Ulcus corneae). F. KLEMPERER.

23) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Ueber die Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. S. 267. 1904.*

Unter den ambulatorisch behandelten Patienten sah Verf. häufig chronische und acute Entzündungszustände in der Nase und ihren Nebenhöhlen, die Anlass zum Thränenfluss, Conjunctivitis, Blepharospasmen und Ciliarneuralgieen, sowie zu asthenopischen Erscheinungen gaben; zahlenmässige Angaben über die Häufigkeit vermag er nicht zu machen. In klinischer Behandlung hatte er in den letzten $2^1/_4$ Jahren 63 Fälle mit einem und mehreren Nebenhöhlenleiden; von diesen waren 17 mit Augenleiden complicirt. Bei 6 Patienten bestand Thränenfluss, 1 Fall bot Zeichen einer Blepharoconjunctivitis, 2 litten an Ciliarneuralgie und heftigen Orbitalschmerzen, 1 an Strabismus convergens sin., 5 an Dislocation des Bulbus oculi mit Paresen oder Paralysen der orbitalen Musculatur, die in 2 Fällen zur Diplopie führte; bei 2 Patienten fand sich Amaurose.

Unter Zugrundelegung dieses Materials und mit eingehender Verwerthung der vorhandenen Literatur giebt Verf. eine umfassende Bearbeitung der einzelnen Augenkrankheiten und ihrer rhinogenen Natur, auf welche des Näheren an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann. Das Ziel des Verf.'s ist, zu erweisen, dass in zahlreichen Fällen nur eine rhinologische Betrachtung des Augenleidens richtige pathologische und therapeutische Fingerzeige giebt, weshalb man nie unterlassen soll, in allen Fällen von peribulbären oder tiefen Augenleiden, von Amblyopieen, Sehnervenleiden und choroidalen Erkrankungen, wie auch bei Accommodationsstörungen, Asthenopien und Paresen des äusseren

Muskelapparates, endlich bei schmerzhaften Zuständen in und um das Auge, die Nase und ihre Nebenhöhlen zu untersuchen. F. KLEMPERER.

24) Joly. **Beitrag zum semiologischen und therapeutischen Studium der Dacryocystitis nasalen Ursprungs. (Contribution à l'étude séméiologique et thérapeutique des dacryocystites d'origine nasale.)** *Thèse de Bordeaux. 1904.*

Verf. kommt auf Grund seiner Ausführungen dazu, bei allen Fällen von Dacryocystitis die rhinologische Untersuchung als nothwendig anzurathen.

E. J. MOURE.

25) **B. Reko. Wechselbeziehungen zwischen Nase und Geschlechtsapparat.** *New Yorker medic. Monatsschr. März 1905.*

Ein Thema in Form eines Sammelreferates, das mehr in die Domäne der Gynäkologie fällt, da der Rhinologe nur gelegentlich in die Lage kommt, sich mit ihm zu beschäftigen. EMIL MAYER.

26) **Jerusalem** und **Falkner. Ueber Wehen und Wehenschmerz und deren Beziehung zur Nase.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung am 17. März 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1905.*

Die an der geburtshülflichen Klinik des Herrn Hofrathes Prof. Chrobak ausgeführten Versuche erstrecken sich auf 80 Geburten und konnte eine günstige Beeinflussung des Wehenschmerzes namentlich in jenen Fällen durch Cocainisirung der Nase erzielt werden, in denen die Frauen schon früher an Dysmenorrhoe litten und deren untere Muscheln sowie Tubercul. septi auf Sondenberührung besonders empfindlich sind. Bei diesen Frauen konnten auch durch Reizung der unteren Muschel mit der Sonde Wehen ausgelöst werden. Diese Methoden sollten jedenfalls weiter ausgestaltet werden. HANSZEL-CHIARI.

27) **R. Forns** (Madrid). **Die Paraffininjectionen bei der Nasenprothese. (Las inyecciones de parafina en la prótesis nasal.)** *Revist. de Especialid. Médic. No. 123. 1904.*

Nähere Auseinandersetzung der Indicationen und Ausführung der Paraffin-Injectionen, sowie der von ihnen zu erwartenden Ergebnisse hinsichtlich der Dauer des prothetischen Effectes. R. BOTEY.

28) **Lozano** (Saragossa). **Die zum kosmetischen Zwecke angewandten Paraffin-Injectionen, um die Depression des Nasenrückens auszugleichen. (Las inyecciones de parafina empleadas con el fin estético de corregir la depresión dal dorso de la nariz.)** *Clinica Moderna de Saragoza. No. 26. 1904.*

Die Injectionen wurden bei einem Kinde ausgeführt, dessen Nasenrücken durch Zerstörung der Scheidewand und der seitlichen Nasenknorpel infolge Masern stark verunstaltet war. R. BOTEY.

29) **Guérin. Ueber einen Fall von Nasenprothese mittels Paraffininjection. (A propos d'un cas de prothèse nasale per injection de paraffine.)** *Marseille méd. 19. September 1904.*

Es handelte sich um eine traumatische Sattelnase. Verf. giebt einen Ueberblick über die Vortheile und Gefahren der Methode. A. CARTEZ.

30) Albert C. Heath. **Nasendeformitäten und Paraffinprothese. (Nasal deformities and Paraffin prothesis.)** *St. Paul Medical Journal. Februar 1905.*

Ist die bedeckende Haut dehnbar genug, um die Anwesenheit eines Fremdkörpers zu ertragen, so ist die Paraffinprothese ein ausgezeichnetes Mittel. In einem Fall des Verf.'s hat die Correction über drei Jahre lang gehalten. Gefahren sind nicht vorhanden, vorausgesetzt, dass ein homogenes Paraffin von einem erheblich über der Körpertemperatur gelegenen Schmelzpunkt angewandt wird und bei der Injection alle nöthigen Vorsichtsmaassregeln benutzt werden.

EMIL MAYER.

31) **Mintz** (Moskau). **Amaurose nach Paraffinplastik einer Sattelnase.** *Centralbl. f. Chirurgie. 2. 1905.*

Bei einer 23jährigen Patientin war im Jahre 1903 wegen luetischer Sattelnase eine Injection von 43gradigem Paraffin gemacht worden, nach einem Jahre injicirte Mintz zur Correction einer kleinen Delle $1^1/_2$ cm von der Nasenspitze entfernt rechts und links im ganzen $^1/_3$ g 43gradiges Paraffin. 3 Minuten später Schmerzen im linken Auge und kurz darauf völlige Erblindung desselben. Mintz nimmt primäre Thrombose der Venae nasal. ext. mit Verbreitung auf das Gebiet der Vena ophthalmica inf. und Vena centr. retinae an, die sich nach dem Hauptstamm der Vena ophthalmica und des Plexus cavernosus fortsetzte.

SEIFERT.

32) **A. Ephraim** (Breslau). **Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Sequester der Nase; zugleich ein Beitrag zur Lehre von der motorischen Innervation des Gaumensegels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 3 S. 421. 1903.*

Der Sequester, der sich in Folge eines tertiär-syphilitischen Processes losgelöst hatte, stellt ein Stück vom Keilbein dar und enthält den vollständigen Canalis Vidianus. Der Inhalt dieses Canals, der Nervus Vidianus, muss zerstört sein. Trotzdem bestand bei dem Patienten keine Spur von Gaumenlähmung — d. h. nicht der N. petrosus superfic. major, mithin auch nicht der N. facialis ist der motorische Gaumennerv, sondern der Vagus.

F. KLEMPERER.

33) **Graeffner** (Berlin). **Verirrte Zähne in der Nase als Nebenbefund bei congenitaler Lues.** *Mit 2 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1904.*

Hochgradige Zerstörung der äusseren und inneren Nase in Folge congenitaler Lues bei dem 31jährigen Patienten. „Unweit der Apertura pyriformis befinden sich 2 Zähne, die inneren Incisivi; sie liegen in stumpfem, nach hinten offenem Winkel gegeneinander, und zwar derart, dass sie von oben und aussen nach unten und innen, die Vorderfläche der Zahnkrone nach der Schädelbasis schauend, der linksseitige Zahn vor dem rechten angeordnet sind und die Mittellinie um 2—3 mm überragen."

HECHT.

34) **Grosskopf. Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Nase.** *Monatschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 5. 1904.*

In dem einen Falle wurde ein seit 2 Jahren in der Nase befindliches hohles Gummistück entfernt, im anderen ein fünfzigpfenniggrosser Kieselstein; beide Fälle betrafen natürlich Kinder.

SCHECH.

35) **Sinotecki. Ein Fall von einem Fremdkörper in der Nase. (Przypadek ciata obcego w nosie.)** *Med. No. 38. 1904.*

Beim Eisenschmieden riss ein Stückchen Metall davon ab, prallte mit grosser Gewalt von der Erde zurück und gelangte in die Nase des Schmieds in dem Augenblick, als dei Mann gebückt stand. Der Kranke versuchte dasselbe mit der Hand zu entfernen; er vermochte es aber nicht und es gelang ihm erst mittelst einer Zange, sich davon zu befreien. Das Eisenstückchen hatte eine Länge von circa 15 cm. Die Verbrennung war auf dem rechten Nasenflügel sichtbar, innerhalb waren die Seiten des rechten unteren Nasenganges mit Krusten bedeckt, ebenfalls waren Spuren der Verbrennung auf der unteren und mittleren Nasenmuschel. Die Nasenblutung war unbedeutend. Nach einiger Zeit genas der Kranke vollständig.

A SOKOLOWSKI.

36) **Thost** (Hamburg). **Demonstration eines Fremdkörpers aus der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr, No. 37. Vereinsbeilage. 1904.*

Bei einer 66jährigen Patientin fand sich völlig in Kalksalze eingebettet ein Kirschkern, der im 6. Lebensjahie in die Nase gesteckt worden war. Fast seit einem Jahr Naseneiterung.

ALBANUS (ZARNIKO).

37) **Lacoarret. Zwei Fälle von Rhinolithen. (Deux cas de rhinolithes.)** *Annales de la Policin. de Toulouse. December 1904.*

In dem einen Fall hatte sich der Stein um einen Kirschkern, im zweiten um ein Getreidekorn gebildet. Die Patienten erinnerten sich nicht, die Fremdkörper in ihre Nase eingeführt zu haben.

E. J. MOURE.

38) **Pusateri. Ueber einen Fall von Rhinolithiasis. (Sopra un caso di rinolitiasi.)** *Arch. Ital. di Otologia. IV. 1905.*

Bei der 39jährigen Patientin fand sich eine Schwellung und Röthung im Gesicht, die sich von der Haut des Nasenrückens auf die rechte Wange und das untere Augenlid erstreckte. In dem rechten Nasenloch bestand eine fleischige Geschwulst, die dasselbe völlig verlegte, aus ihm entleerte sich beständig eine eitrige Flüssigkeit. Auch bestand reichliches Thränenlaufen. Die Rhinoscopia anterior war rechts unmöglich, links durch eine starke Septumdeviation erschwert. Nach Entfernung der das Nasenloch verlegenden Geschwulst gelang es, zwei Fremdkörper zu extrahiren. Durch Ausspülungen wurden dann noch eine grosse Anzahl hirsekorngrosser Steinchen zu Tage gefördert — im Ganzen 35. Chemisch erwiesen sich all diese Steine aus Phosphaten und vor Allem aus Calciumcarbonat zusammengesetzt. Die Nase der Patientin bot während der Monate langen Beobachtung nach der Extraction auf der Seite, wo die Steine gewesen waren, das Bild der Ozaena dar. In dem Secret fand sich constant der Staphylococcus pyogenes aureus und der Streptococcus, niemals aber der Löwenberg-Abel'sche Diplococcus.

FINDER.

39) **Donald G. Barstow. Ein Fall von angenommener primärer Tuberculose der Rachentonsille. (A case of supposed primary tuberculosis of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 8. October 1904.*

Verf. nimmt an, dass in seinem Falle es sich um eine primäre Tuberculose

der hypertrophirten Rachentonsilie gehandelt habe. Pat. hustete seit 2 Jahren, der Husten hatte sich in den letzten 8 Monaten verschlimmert und es fanden sich reichlich Bacillen im Auswurf. Eine Veränderung an den Lungen liess sich nicht nachweisen. Nach der Art des Hustens zu urtheilen schloss Verf. von vornherein mehr auf eine Affection des Halses, als der Lungen. Nach Entfernung der Adenoiden trat sofort eine auffallende Besserung aller Symptome ein, ferner verschwanden die Bacillen sofort völlig aus dem Auswurf.

In der entfernten Wucherung fanden sich Tuberkel, einer davon mit verkästem Centrum.

LEFFERTS.

40) **Robert Dölger** (München). **Ein bemerkenswerther Fall von acuter Entzündung der Rachenmandel (Rachenmandelabscess).** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1904.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von phlegmonöser Entzündung der Rachenmandel mit Hirndruckerscheinungen.

HECHT.

41) **F. Casadesús** (Madrid). **Beitrag zum Studium der adenoiden Wucherungen. (Contribución al estudio de las vegetaciones adenoides.)** *Revist. de Especialid. Medic. October 1903.*

C. beendet seine eingehende Arbeit mit 18 Schlussfolgerungen, betreffend die Pathogenie, Krankheitsverlauf und Behandlungsweise der adenoiden Wucherungen sowohl bei Kindern als bei Erwachsenen.

R. BOTEY.

42) **Lublinski** (Berlin). **Einige Bemerkungen über adenoide Vegetationen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 28. 1904.*

Verf. betont u. a., dass adenoide Vegetationen nicht allein mechanisch durch ihre Grösse, sondern dass auch kleinere Tumoren durch Begünstigung recivirender Gaumenmandelentzündungen den Organismus schädigen. In etwa $1/_5$ der Fälle hat Verf. einen Einfluss kleinerer Vegetationen auf den Gesammtorganismus bemerkt; nach ihrer Entfernung blühten die Kinder schnell auf. Die Vegetationen will Verf. in allen Fällen operirt wissen, in denen sie merkliche Störungen verursachen.

ALBANUS (ZARNIKO).

43) **G. Finder** (Berlin). **Eine eigenthümliche Form von adenoider Nasenrachenvegetation.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 366.*

Der untere Theil einer Rachenmandelhyperplasie von gewöhnlichem Aussehen zeigte ausgesprochen blumenkohl- bezw. maulbeerförmige Bildung. Neben den bekannten blatt-, zapfen-, kamm-, plattenförmigen Gestaltungen der adenoiden Vegetationen kommt also auch die papilläre Form vor.

F. KLEMPERER.

44) **E. F. Snydacker.** **Einiges Practische über Adenoide und Adenoidoperatien. (Some practical points on adenoids and adenoid operation.)** *N. Y. Medical News. 18. Juni 1904.*

Es ist nicht nöthig, jeden Fall von adenoiden Vegetationen zu operiren. Oft gehen die Adenoiden zurück, wenn das Kind unter verbesserte hygienische Bedingungen gelangt; ebenso gehen diese zurück, wenn das Kind älter wird. Muss operirt werden, so empfiehlt sich die Anwendung eines Anaestheticums. Nach der

Operation muss man stets im Stande sein, die entfernte Wucherung zu präsentiren. Recidive sind in den meisten Fällen nichts weiter als die Folge unvollständig ausgeführte Operationen.

LEFFERTS.

45) **Charles Schramm. Sepsis nach Operation der Adenoiden. (Sepsis after operation for adenoids.)** *N. Y. Medical News. 23. Juli 1904.*

Bericht über einen Fall. Die Sepsis trat einige Tage nach der Operation auf.

LEFFERTS.

46) **Richmond Mc. Kinney. Adenoide bei Kindern. (Adenoids in children.)** *N. Y. Medical Record. 20. August 1904.*

Mc. Kinney widerspricht einer Behauptung von Rice, wonach bei Kindern, die an Nasenkatarrh leiden, stets adenoide Vegetationen vorhanden sein sollen. Er hält die Adenoiden überhaupt nicht für so häufig, wie manche glauben machen wollen.

LEFFERTS.

47) **Claoué. Entfernung der adenoiden Vegetationen. (Ablation des végétations adénoides.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. August 1904.*

Verf. hält nach seinen Erfahrungen das Instrument von Schoetz für das geeignetste.

E. J. MOURE.

48) **C. C. Rice. Entfernung von Adenoiden. (Removal of adenoids.)** *N. Y. Medical News. 8. October 1904.*

Aus den Ausführungen des Verf.'s geht zunächst die grosse Häufigkeit der adenoiden Vegetationen in Amerika hervor; er schätzt die Zahl der täglich in New-York vorgenommenen Adenoidoperationen auf fünfzig. Einen breiten Raum nehmen die Betrachtungen ein über die Gründe, weswegen in manchen Fällen die Operation nicht den gewünschten Erfolg hat. Als Hauptursache dafür sieht R. die mangelhafte Entfernung der Wucherungen an; um diese zu vermeiden, räth er zur Vornahme der Operation in Allgemeinnarkose. Cocainanaesthesie betrachtet er als ungenügend; infolge der durch Cocain bedingten Gewebscontraction wird es schwierig, die Hyperplasien des adenoiden Gewebes überall zu entdecken. Wirkliche Recidive von adenoiden Vegetationen sind sehr selten. Ein häufiger Grund für die mangelhafte Entfernung besteht in fehlerhaft construirten Instrumenten. Die Krümmung derselben sollte anatomischen Principien folgen. Während bei kleinen Kindern adenoide Wucherungen nur im Nasenrachen vorkommen, erstrecken sie sich bei älteren Kindern in den Pharynx herab und es ist wahrscheinlich, dass man Ausläufer von ihnen auch um die Tubenöffnung und längs der Gaumenbögen findet. Um all dieses pathologische Gewebe zu entfernen, gehört eine ziemliche Portion Geduld.

LEFFERTS.

49) **N. L. Wilson. Adenoide als Quelle für Allgemeininfection. (Adenoids as a source of general infection.)** *Journal of the Medical Society of New Jersey. November 1904.*

Bericht über einen Fall von Allgemeininfection, die ausschliesslich von den adenoiden Vegetationen ausging.

EMIL MAYER.

50) **F. Huber. Dringliche Adenotomie. (Urgent adenectomy.)** *N. Y. Medical News. 5. November 1904.*

In der Medical News vom 15. October 1904 hatte Dr. Jarecki einen Fall von Adenotomie während einer Pneumonie berichtet. Obwohl der Erfolg ein guter war, muss die Methode als eine äusserst radicale zu ernsten Bedenken Anlass geben. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass die Entfernung der Adenoiden während eines entzündlichen Processes in Bronchien oder Lungen in jedem Fall, besonders aber bei Kindern, ein gewagtes Unternehmen ist, um so mehr, als die Nasenathmung durch einfachere und weniger gefährlichere Maassnahmen frei gemacht werden kann. Unter gewöhnlichen Umständen kann bei mässigem Grade von Nasenverstopfung durch Adenoide durch Einträufelung einer warmen alkalischen Lösung in die Nase Milderung geschafft werden; derselbe Zweck wird auch durch warmes Castoröl oder Vaselin erzielt. Bei hochgradigen Fällen, wie in dem von Jarecki, verfahre man folgendermaassen: Man führe ein Stück eines weichen Gummikatheters (Jacques oder Nélaton), das vorher eingefettet ist, längs des Nasenbodens ein, bis man die hintere Rachenwand erreicht und sichere es vor dem Nasenloch durch eine Sicherheitsnadel. Man kann dies auf beiden Seiten gleichzeitig oder abwechselnd erst auf einer und dann der anderen Seite machen. Es ist erstaunlich, wie gross die durch dies Verfahren erzielte Erleichterung ist.

LEFFERTS.

51) **Wilhelm Scheppegrell. Adenoide beim Neger. (Adenoids in the Negro.)** *New York and Philadelphia Medical Journal. 4. März 1905.*

Es müssen gewisse anatomische Unterschiede zwischen Weissen und Farbigen in Betracht gezogen werden, die für das vorliegende Thema von Bedeutung sind. Der Neger hat in der Norm breite, weit offenstehende Nasenlöcher, infolge dessen er unter einer Nasenverstopfung weniger zu leiden hat als der Weisse. Die Nasenathmung ist trotz grosser Hypertrophie der Rachentonsille wenig behindert und daher kommt es, dass man auch die bei weissen Kindern häufigeren Complicationen selten zu sehen bekommt.

EMIL MAYER.

52) **M. Ruprecht** (Bremen). **Eine einfache Modification des Beckmann'schen Messers.** *Mit 3 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 10. 1904.*

Bei dem Beckmann'schen Messer kommt es des Oefteren vor, dass dasselbe sich hinter der Schleimhaut „verbeisst", so dass die mit der Schleimhaut herunterhängende Rachenmandel mit einem anderen geeigneten Instrument noch abgetragen werden muss. Dieser Uebelstand lässt sich durch eine entsprechende Stielbiegung, die der Operateur leicht selbst vornehmen kann, vollständig beseitigen. Die neue Form des Instruments mit richtiger Stellung der Messerschneide zur Griffachse ist in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

53) **Th. R. French. Verbesserte Zange zur Entfernung adenoider Wucherungen. (Improved forceps for the removal of adenoids growths.)** *N. Y. Medical Journal. 29. October 1904.*

Demonstrirt auf dem 26. Congress der Amerikanischen laryngologischen Gesellschaft. Der Holzschnitt, der der Arbeit beigegeben ist, stellt ein Modell dar,

das, wie dem Ref. dünkt, einem vor Jahren von einem deutschen Operateur angegebenen auffallend gleicht.
LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

54) **H. Heinrich. Ueber den Schlundkopf einiger dibranchialen Cephalopoden.** *Zeitschrift f. Naturwissenschaften. Bd. 77. H. 1/2. S. 1.*

Dem Referenten nicht zugänglich.
J. KATZENSTEIN.

55) **O. Riegner. Die Physiologie und Pathologie der Kieferbewegungen.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). H. 2/3. S. 98. 1904.*

Verf. untersuchte die Wirkung der Unterkiefermuskeln an der Leiche. Temporalis und Masseter ziehen gerade nach oben mit einer Componente nach der betreffenden Seite zu. Der Pteryg. int. hebt den Unterkiefer in sagittaler Ebene ohne seitliche Bewegung. Der Pteryg. ext. verschiebt den Unterkiefer auf das Tuberc. articulare und bringt dadurch eine gewisse Senkung, d. i. Mundöffnung hervor. Der vordere Biventerbauch, sowie Mylohyoideus und Geniohyoideus öffnen den Mund ohne seitliche Kieferbewegung.
J. KATZENSTEIN.

56) **W. Sternberg. Das Geschmacksprincip in der zweiten Gruppe der Zuckerkörper. (Le principe du goût dans le second groupe des corps sucrés.)** *Arch. internat. de Pharmacodyn. XIII. 1/2. S. 1.*

Der süsse Geschmack von einer Reihe von Alkoholen ist durch die doppelte Natur derselben, durch die Radicale Alkyl und Hydroxyl bedingt. Die einwerthigen Alkohole und die von der Formel $CnH_2n(OH_2)$ sind süss. Von zweiwerthigen Alkoholen sind süss: Aethylalkohol, Propylglykol, Butylglykol, Amylglykol. Die aromatischen zweiwerthigen Alkohole sind je nach der Stellung der OH-Gruppen süss oder bitter. Bei den Estern hängt der Geschmack von dem basischen Antheil ab. Die Aether haben einen süsslichen Geschmack.
J. KATZENSTEIN.

57) **W. Sternberg. Der salzige Geschmack und der Geschmack der Salze.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. 5/6. S. 483. 1904.*

Stets ist es das Metall, und zwar der Basaltheil, welcher den Salzen den Geschmack verleiht, und zwar bewirken die dulcigenen Metallatome den süssen, die amaragenen und saligenen Basen, letztere allein, ohne Mitbetheiligung der Säuren, den bitteren und salzigen Geschmack.
J. KATZENSTEIN.

58) **S. H. Schreiber. Beitrag zur Lehre über die Thränensecretion im Anschlusse an 3 Fälle von Facialislähmung mit Thränenmangel nebst Bemerkungen über den Geschmackssinn und über Sensibilitätsstörungen bei Facialislähmungen.** *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkde. Bd. 27. H. 1/2. S. 45.*

Verf. ist im Sinne der Erb'schen Lehre der Meinung, dass die Geschmacksfasern für die vorderen zwei Drittel der Zunge in der Regel durch den Trigeminus, für das hintere Drittel derselben und für den weichen Gaumen durch den Glossopharyngeus zugeleitet werden.
J. KATZENSTEIN.

59) **Hermann Künzel. Eitrige Peritonitis im Anschluss an acute Tonsillitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 43. 1904.*

Bei einem an serofibrinös-eitriger Peritonitis verstorbenen 18 Jahre alten Mädchen fanden sich im peritonitischen Exsudat sowohl wie in der Tonsille Streptococcus pyogenes, var. longa, während in allen von den übrigen im Betracht kommenden Organen angelegten Culturen keine Streptokokken auffindbar waren, so dass ein Zusammenhang beider Affectionen angenommen werden muss. Die verschiedenen Infectionswege für die Verschleppung der Streptokokken werden anschliessend kritisch besprochen.

HECHT.

60) **K. Justi** (Hongkong). **Kollargolpinselungen bei Angina und Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1904.*

Justi hatte mit Pinselungen einer 5proc. wässerigen Kollargollösung Erfolge, die sich in einer bedeutenden Abkürzung der Entzündungserscheinungen und einem rascheren Verschwinden, bezw. Nichtwiederkehr der abgepinselten Beläge manifestirten. Da in Hongkong wirksames Diphtherieserum kaum zu haben ist, musste sich Autor auf locale Behandlung — neben den entsprechenden Allgemeinverordnungen — beschränken und erzielte mit dreimal täglichen Bepinselungen mit obiger Lösung überraschende Erfolge.

HECHT.

61) **J. D. Page. Eitrige Peritonsillitis. (Péritonsillite suppurée.)** *Le Bulletin Médical de Quebec. Januar 1905.*

Verf. meint, die Affection komme häufig bei Rednern vor und die Anstrengung der Stimme stelle eine Art Trauma für die Tonsille dar.

EMIL MAYER.

62) **J. de Haan** (Weltevreden, Java). **Angina ulcero-membranosa s. spirochaeto-bacillaris.** *Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Indië. Bd. XLIV. H. 5. 1904.*

Im vergangenen Jahre hat d. H. einige Male aus dem Halse herrührende Pseudomembranen auf Diphtheriebacillen untersucht, und anstatt derselben die für Angina Vincenti s. Plauti, s. ulcerosa, s. diphtheroides eigenthümliche Mikroorganismen gefunden. Bei diesem Leiden, von welchem 2 Formen resp. eine diphtheroide und eine ulceröse zu unterscheiden sind, werden im Mandelbelag constant 2 Mikrobenarten gefunden und zwar in frischen Fällen nahezu in Reincultur, nämlich lange (6—12 mm) Bacillen und Spirillen. Beide Arten lassen sich mit Anilinfarben leicht, indessen nicht nach Gram färben. Züchtungsversuche misslangen hier wie auch sonst. Für die klinische Beschreibung und richtige Abbildungen verweist d. H. auf Gross (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 79. H. 3 u. 4.) Die Angina ulcero-membranosa kommt also in Niederländisch-Indien vor.

H. BURGER.

63) **Többen** (Gelsenkirchen). **Ueber Angina und Stomatitis ulcerosa.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1904.*

Nach Eingehen auf die Literatur Mittheilung eines Falles von Angina und Stomatitis ulcerosa bei einer 25jährigen Frau, bei der im Abstrich eines Mandelgeschwürs Spirillen und fusiforme Bacillen sich fanden. 8 Tage nach Genesung der Frau bekamen ihre 2 und 4jährigen Mädchen Geschwüre am Zahnfleisch und Wangenschleimhaut mit demselben bakteriologischen Befund.

Bei einem 46jährigen Mann, der unter dem Bilde der Diphtherie erkrankte und wo eine Stomakace hinzutrat, zeigte ein Mandelabstrich echte Diphtheriebacillen, ein Abstrich einer der zahlreichen Ulcera im Munde Spirillen und fusiforme Bacillen.

Erfolglose Versuche der Züchtung der beiden Mikroorganismen.

ALBANUS (ZARNIKO).

64) **Escherich. Angina ulcerosa (Bernheim).** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 11. November 1905.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 46. 1904.*

Die Angina ulcerosa sieht einer localisirten Rachendiphtherie sehr ähnlich, doch ist sowohl das Aussehen der Beläge (höckerig, grauweiss, von einem Streifen dunkelrother Schleimhaut umrandet), die Localisation (vorwiegend Gaumen, Uvula, dann Tonsille), das Fehlen aller schweren Symptome für die Diagnose wichtig. Der Erreger ist der von Bernheim als Schiffchen, von Vincent als Bacillus fusiformis beschriebene charakteristische Bacillus.

CHIARI-HANSZEL.

65) **J. Denys** (Löwen). **Pseudomembranöse Streptococcus-Anginen. (Angines pseudomembraneuses à streptocoques.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 7. 1904.*

Bei der Aetiologie der pseudomembranösen Anginen kommen hauptsächlich in Betracht: 1. Der Löffler'sche Bacillus, 2. der Streptococcus pyogenes und der Vincent'sche Bacillus. „Die Culturen geben brauchbare Resultate, wenn sie den Diphtheriebacillus nachweisen; wenn sie aber in dieser Beziehung stumm sind, so kann man daraus noch keinen Schluss ziehen". Inzwischen, bis man das Resultat der Culturen kennt, und falls die Angina nicht gelegentlich bei Masern oder Scharlach auftritt, beginne man mit antidiphtheritischen Seruminjectionen. Haben diese nach 24 oder 36 Stunden keine deutliche Besserung hervorgebracht, dann darf man vermuthen, dass es sich um den Streptococcus pyogenes handelt. Die Anginen im Gefolge von Masern und Scharlach rühren beinahe immer vom Streptococcus pyogenes her und ist das für exanthematische Anginen zuerst benöthigte Serum das Streptoserum.

D. theilt eine Reihe einschlägiger Fälle mit und zieht daraus die Lehre, dass pseudomembranöse Anginen, welche im Verlauf oder nach Ablauf von Masern oder Scharlach auftreten, oder Personen befallen, welche in engerem Contact mit solchen Kranken gestanden, beinahe immer Streptococcusanginen sind. Dieselben haben in Bezug auf Aetiologie nichts mit der wahren Diphtheritis und folglich auch nichts mit dem antidiphtheritischen Serum zu thun, sie erheischen das Streptoserum. — Die Dosis des zu injicirenden Streptoserums hängt, wie bei der wahren diphtheritischen Angina, von der Schwere des Falles ab: 10, 20 und 30 ccm in leichten Fällen; in schweren Fällen bei Kindern mittleren Alters verwende man 30 bis 60 ccm und mehr. Es ist besser sofort einen kräftigen Hieb auszuführen, als die Dosis auf 2 und mehrere Tage zu vertheilen. Wenn nach 48 Stunden keine Besserung eingetreten ist, so helfe man mit neuen Dosen von 10—30 ccm nach. In einem Falle wurden 3 Dosen von 100 ccm injicirt!

Tritt die Besserung einmal ein, so dauert sie gewöhnlich fort; doch scheint die Heilung sich etwas mehr in die Länge zu ziehen, als bei der wahren Diphthe-

ritis; endlich werden die Resultate um so sicherer ausfallen, und mit Aufwand von um so weniger Serum, je zeitiger man eingegriffen hat. BAYER.

66) **Vidal** und **Darré** (Paris). **Angina Vincenti und gleichzeitige Stomatitis ulceromembranosa nach Staphylokokkenangina. (Angine de Vincent et stomatite ulcéro-membraneuse simultanées consécutives à une angine staphylococcique.)** *Société médicale des hôpitaux. 7. November 1904.*

Es scheint angenommen werden zu müssen, dass in diesem Fall die vorausgegangene Streptokokkenangina eine prädisponirende Rolle gespielt hat.

PAUL RAUGÉ.

67) **Wm. N. Berkeley. Der gegenwärtige klinische und bakteriologische Stand der Vincent'schen Angina. (The present clinical und bacteriological status of Vincent's Angina.)** *N. Y. Medical Record. 15. April 1905.*

Verf. giebt eine Beschreibung der Affection, besonders auch des bakteriologischen Befundes bei ihr, sowie eine Geschichte unserer Kenntnisse von der Erkrankung. LEFFERTS.

68) **H. Vincent** (Paris). **Bemerkungen über die „Angine à bacilles fusiformes".**

69) **H. C. Plaut** (Hamburg). **Antwort.** *Münch. med. Wochenschr. No. 27. 1905.*

Prioritäts-Streitigkeiten. HECHT.

70) **Alsberg** (Hamburg). **Carcinom des Hypopharynx und Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1904.*

Bei 56jähriger Patientin wurde nach Gluck Kehlkopf, unterer Theil des Schlundes und ein Stück des Oesophagus entfernt. Durch die Schlundprothese, bestehend aus einem Gummischlauch, der durch den Wundkanal in den Oesophagus führt, mit einem Trichter, der im Pharynxrest liegt, geht die Nahrungsaufnahme vor sich. ALBANUS (ZARNIKO).

71) **M. A. Goldstein. Bösartige Geschwülste der Mund- und Rachenhöhle. (Malignant growths of the mouth and pharynx.)** *The Larnyoscope. August 1904.*

Verf. bespricht besonders die Rolle, die das Lymphgefässsystem bei der Ausbreitung der Erkrankung spielt, ferner die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose, den Charakter und die Häufigkeit der Neubildungen, sowie die Differentialdiagnose und Therapie. EMIL MAYER.

72) **Westenhoeffer** (Berlin). **Demonstration eines pathologisch-anatomischen Präparates von Carcinom am Pharynx und Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 5. Vereinsbeilage. 1904.*

Bei Lebzeiten des Patienten wegen Erstickungsgefahr Tracheotomie. Tags darauf starke Blutung aus der Kanüle. Erstickungstod durch Aspiration von Blut. Die Section deckte eine Usur der Arteria thyreoidea, die in die Geschwulst eingeschlossen war, auf. ALBANUS (ZARNIKO).

73) F. Joshua. **Anscheinende Heilung von einer muthmaasslich bösartigen Erkrankung der Mundhöhle. (Apparent recovery from presumably malignant disease of the mouth.)** *Lancet. 25. März 1905.*

Eine sehr schwache 98jährige Frau zeigte ein augenscheinlich krebsiges Geschwür an der linken Seite der Zunge. Operation war durch den Allgemeinzustand ausgeschlossen. Es erfolgte Wiederherstellung unter Anwendung von Waschungen mit Borsäure und localer Application von Cocain. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht.

ADOLPH BRONNER.

74) **Howard A. Lothrop** und **David D. Scannell. Die Resultate der Behandlung des Carcinoms im Bereich der Mundhöhle am Boston City Hospital. (The results of treatment of cancer in and about the mouth at the Boston City Hospital.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. April 1905.*

Die Schlussfolgerungen des Verf.'s sind:

1. Die Mortalität der Fälle von Carcinom im Bereich der Mundhöhle ist ausserordentlich hoch; sie beträgt auf Grund der in dieser Arbeit niedergelegten Statistik mindestens 90 pCt.

2. Alle nicht operirten Fälle gehen früher oder später an der Krankheit zu Grunde.

3. Die Lebensdauer bei den operirten Fällen beträgt im Durchschnitt $3^1/_2$ Monate mehr als bei den nicht operirten.

4. Es wird den Patienten durch manche chirurgische Eingriffe eine — wenn auch vorübergehende — erhebliche Erleichterung verschafft.

5. Eine frühzeitige Diagnose bösartiger Erkrankungen im Bereich der Mundhöhle ist von grösster Wichtigkeit und eine mit Maass ausgeführte Radicalexcision bietet die grösste Hoffnung auf radicale Heilung.

6. Sind die Theile im ausgedehnten Grade ergriffen, so kann ein Eingriff unternommen werden, wenn die physiologische Function nicht zu sehr dadurch beeinträchtigt wird und keine unmittelbare Lebensgefahr dadurch entsteht.

EMIL MAYER.

75) **Farrar Cobb** und **Channing C. Simmons. Die Resultate bei Fällen von Carcinom der Tonsillen und Wangen, die während der 8 Jahre vom 1. Januar 1892 bis 1. Januar 1900 in Massachusetts Allgemeinen Krankenhaus operirt wurden. (The results im cases of cancer of the tonsils and jaws operated on at the Massachusetts general hospital during 8 years from January 1, 1892 to January 1, 1900.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. April 1905.*

Die Lebensdauer in den operirten Fällen war im Allgemeinen länger als in den nicht operirten; es lebten von der ersten Kategorie 33 länger als ein Jahr seit dem Auftreten der ersten Symptome, von der zweiten nur 19. Zieht man die Fälle in Betracht, die seit dem Beginn der Beobachtungszeit über ein Jahr lang am Leben sind, so ist das Verhältniss der operirten zu den nicht operirten Fällen 23:5.

Die interessanteste Reihe von Fällen stellen die Zungenkrebse dar; es



sind deren 54, von denen 34 operirt wurden mit einer unmittelbaren Mortalität von $8^1/_2$ pCt.

In allen Fällen, in denen eine mikroskopische Untersuchung gemacht wurde, lautete die Diagnose auf Plattenepithelkrebs; nur in einem Falle auf eine maligne Struma. Es war nur ein Fall von Leukoplakie vorhanden, in dem ein kleines ulcerirtes Knötchen nahe der Zungenbasis bestand, das für wahrscheinlich bösartig angesehen wurde. Pat. verweigerte die Operation und starb 8 Jahre später an Zungenkrebs. Von den 34 operirten Fällen waren 4 am Leben und gesund, 2 davon 13 Jahre, einer 6 und einer 4 Jahre nach der Operation. Ein fünfter Fall lebte $4^1/_2$ Jahre und starb dann an Sarkom. Wird dieser Fall als Heilung des ursprünglichen Carcinoms mit eingerechnet, so erhält man als Procent der Heilungen 14,3 pCt.

EMIL MAYER.

76) **Frederic C. Cobb. Die Wichtigkeit einer frühen Diagnose des Krebses im Bereich des Mundes. (The importance of early diagnosis of cancer in and about the mouth.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. April 1905.*

Die Anfangsstadien des Krebses der Mundrachenhöhle lassen sich in zwei Klassen theilen: erstlich solche Veränderungen, die an sich gutartig, dazu neigen, durch Degeneration sich in Carcinom umzuwandeln und zweitens solche, bei denen die klinischen Erscheinungen des Carcinoms bereits offenkundig sind. Zur ersten Klasse gehören Leukoplakie, Warzen, Ulcerationen, Fissuren und Knötchen: bei der zweiten findet man Induration der Basis der afficirten Stelle mit Ulceration, zuweilen begleitet von Absonderung. Eine Ulceration nahe einem leukoplakischen Fleck rechtfertigt nach dem Verf. eine mikroskopische Untersuchung darauf, ob eine Induration der Basis vorhanden ist.

Ausser den Leukoplakien bedürfen besonders die einfachen Ulcerationen, wie sie durch Irritationen, schlechte Zähne, Rauchen oder durch Erkrankungen (Syphilis, Lupus, Tuberculose) entstehen, der Beachtung. Verf. bespricht ausführlich die Differentialdiagnose zwischen carcinomatösen, lupösen und tuberculösen Ulcerationen. Im Nothfall entscheidet die mikroskopische Stückchenuntersuchung.

EMIL MAYER.

77) **E. A. Codman. Die Anwendung der X-Strahlen bei der postoperativen Behandlung des Mundkrebses. (The use of the X-ray in the postoperative treatment of cancer in the mouth.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 13. März 1905.*

Verf. hat niemals von dieser Behandlung irgendwelchen Nutzen gesehen.

EMIL MAYER.

78) **Harman Smith. Primäres Epitheliom der Uvula. (Primary epithelioma of the uvula.)** *N. Y. Medical Journal. 29. April 1905.*

Die Erfahrung zeigt, dass beim primären Krebs der Uvula die Drüsen nicht häufig ergriffen sind, ausser wenn die Tonsillen und die laterale Rachenwand bereits mit afficirt sind. Verf. leitet daraus den Schluss ab, dass die Geschwulst sich durch die Schleimdrüsen des weichen Gaumens verbreitet und dass darum ihr Wachsthum langsamer ist, als wenn sie durch die Lymphgefässe sich aus-

breitete. Die Erfahrung spricht auch dafür, dass eine genügend gründliche Entfernung der Geschwulst an dieser Stelle gute Chancen giebt.

Im Fall des Verf.'s handelte es sich um eine himbeerförmige Geschwulst der Uvula mit einer Induration, die sich nach rechts auf den weichen Gaumen ausdehnte und mit einer Erosion auf der Oberfläche. Rechts waren keine befallenen Drüsen zu constatiren, dagegen fühlte man in der Submaxillargegend der anderen Seite eine harte Drüse. Der Tumor und ein erheblicher Theil des weichen Gaumens wurde entfernt. Die Beherrschung der Blutung machte einige Schwierigkeiten. Die Induration war so, dass eine Coaptation der Wundränder nicht möglich war und so musste eine grosse U-förmige Oeffnung gelassen werden. Es bildete sich ein Recidiv; diesmal wurde der untere rechte Rand des Gaumens entfernt. Fünf Monate nach dieser letzten Operation ist Pat. gesund und kein Anzeichen von Recidiv vorhanden.

LEFFERTS.

79) **G. Prota. Multiples idiopathisches hämorrhagisches Sarkom des Isthmus faucium und der Haut. (Sarcoma multiplo idiopatico emorragico dell'istmo delle fauci e della cuta.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1905.*

Verf. berichtet den Fall eines 56jährigen Mannes, der seit 2 Jahren über Halsbeschwerden klagte und bei dem man einen violettfarbigen Tumor von Grösse und Form einer grossen Mandel fand, der oberhalb des linken hinteren Gaumenbogens in die Rachenhöhle hineinragte und der Seitenfläche des Gaumensegels breitbasig adhärirte. Die mikroskopische Untersuchung des mit der Schlinge entfernten Tumors ergab, dass es sich um ein Angio-Sarkom handelte, dessen sarkomatöser Antheil endothelialen Ursprungs ist und das sich daher als Angiosarcoma endotheliale definiren liess.

Pat. hatte gleichzeitig an beiden Händen zahlreiche violettfarbige Flecke und am linken kleinen Finger eine ebenso gefärbte Neubildung.

FINDER.

d. Diphtherie und Croup.

80) **Neisser** (Frankfurt a/M.). **Enquête des Aerztlichen Vereins zu Frankfurt a/M. über eine Diphtherie-Epidemie April—Mai 1903.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11. 1904.*

Es kamen 225 Fälle durch 70 Aerzte in 178 Haushaltungen zur Beobachtung. Davon wurden 4 mit negativem bakteriologischen Ergebniss untersucht, bei 97 anderen untersuchten Fällen war das Ergebniss bakteriologisch positiv. Auffallend viele Erwachsene waren erkrankt: Durchschnittsalter 16,8 Jahre! Bemerkenswerth war das explosionsartige Auftreten. Vermuthet wird Nahrungsmittelinfection, die durch Erkrankung von 5 Theilnehmern eines Soupers gestützt wird. Die Prozentsätze der leichten, mittelschweren und schweren Fälle zeigten ungefähr gleiche Höhe. Die Mortalität war bei 135 am 1. bis 3. Krankheitstage injicirten Fällen = 0 pCt., bei 41 später oder nicht injicirten Fällen = 14,6 pCt.

ALBANUS (ZARNIKO).

81) **Henius** (Frankfurt a/M.). **Beiträge zur Diphtherie-Epidemie April—Mai 1903 zu Frankfurt a/M.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11. 1904.*

Von der genannten Epidemie kamen ins städtische Krankenhaus zu Frankfurt a/M. 97 Fälle; namentlich zuerst viel Erwachsene. Die Erkrankung war in 71 pCt. leicht, in 4pCt. mittelschwer und in 25pCt. schwer. Von 38 Erwachsenen starb niemand, Mortalität unter 39 Kindern = 12 pCt. Jeder Diphtheriekranke bekam bei der Aufnahme 3000 I.-E. = 6 ccm eines 500fachen Serums.

ALBANUS (ZARNIKO).

82) **G. Thollander** (Schweden). **Ueber Diphtherie in Kisa 1899—1902. (Om Difteri i Kisa 1899—1902.)** *Hygiea. p. 558. 1904.*

Die Arbeit bietet für den Leser des Centralblattes kein Interesse.

E. SCHMIEGELOW.

83) **E. Saul** (Berlin). **Beiträge zur Morphologie der pathogenen Mikroorganismen, Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen.** *Mit 10 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

84) **Joseph David Biehn. Die Resultate der Untersuchung von Culturen aus dem Pharynx auf Diphtherie. (The results of the examinations of throat culturs for diphtheria.)** *Clinical Review. April 1905.*

Eine detaillirte Studie auf Grund von 1831 Culturen: Von 364 Fällen, bei denen die Diagnose auf Diphtherie gestellt war, fanden sich bei 37,08 pCt. Diphtheriebacillen; von 416 für Tonsillitis gehaltenen Fällen waren 16,34 pCt. Diphtherie, während bei 601 Fällen ohne Diagnose 28,20 pCt. Diphtheriebacillen enthielten.

EMIL MAYER.

85) **Henry A. Fligley. Die bakteriologische Schnelldiagnose der Diphtherie. (The rapid bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. April 1905.*

Unter „bacteriologischer Schnelldiagnose“ versteht Verf. die Identification der Diphtherie mittels Färbung des direct von den Pseudomembranen entnommenen Abstrichs. Er bedient sich folgender Lösungen:

I. Fünf Tropfen Kühne's Carbolmethylenblau in 7 cm Leitungswasser.

II. 10 Tropfen Carbolfuchsin auf 7 ccm Leitungswasser.

Anwendungsweise: Nachdem das Präparat dreimal durch die Flamme gezogen und so fixirt ist, wird 5 Minuten lang Lösung I angewendet, dann mit Leitungswasser abgespült und mit Fliesspapier getrocknet, eine Minute lang Lösung II angewendet, wieder abgespült und getrocknet und in Balsam gelegt. Zwischen Färbung I und II wird keine Entfärbung angewandt. Die Ausstriche müssen sehr dünn sein, die angegebenen Zeiten für die Färbungen müssen genau befolgt werden, zwischen I und II muss gründlich gewaschen und getrocknet werden und die Farblösungen müssen frisch bereitet werden. Es erscheinen dann die Diphtheriebacillen als dunkelrothe oder violette, unregelmässig gefärbte Stäbchen.

LEFFERTS.

86) **Mogilnicki. Diphtherie im Verlaufe des Scharlachs. (Blonica w przebiegu szkarlatyny Czasopismo.)** *Lekarskie. No. 4. 1905.*

Verf. kommt auf Grund diesbezüglicher Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: 1. Diphtherie kann in allen Stadien des Scharlachs diesen Process compliciren und stellt eine wichtige Complication dar. 2. Die Diagnose ist nur auf Grund einer bakteriologischen Untersuchung möglich. In zweifelhaften Fällen muss jedenfalls Serum injicirt werden. Klinisch kommen folgende Merkmale in Betracht: Eigenthümliche typische Mandelbeläge, Schwellung der Halsdrüsen, Ausfluss aus der Nase, Heiserkeit u. s. w. Man soll während einer Epidemie die sämmtlichen Kinder bakteriologisch untersuchen und die mit Diphtherie complicirten Fälle separiren.

A. v. SOKOLOWSKI.

87) **Hans Dietlen** (Greifswald). **Ueber Herzdilatation bei Diphtherie.** *Mit 9 Fig. Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Bericht über 9 einschlägige Fälle nebst entsprechenden Radiogrammen, die mit dem Moritz'schen Orthodiagraphen in horizontaler Rückenlage aufgenommen wurden.

HECHT.

88) **W. J. Wilson. Diphtherie complicirt durch subcutanes Emphysem. (Diphtheria complicated by subcutaneous emphysema.)** *Canada Journal of Medicine and Surgery. April 1905.*

Im Verlauf der Diphtherie trat ein Emphysem des Nackens, des linken Augenlids, der Arme und des Rumpfes auf, das langsam wieder zurückging.

Der Umstand, dass das Emphysem am Hals und nicht an der Injectionsstelle zuerst auftrat, ferner der Befund eines Gas erzeugenden Keims scheinen darauf hinzuweisen, dass dem Antitoxin keine Schuld an der Infection beizumessen ist.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

89) **Nistriyama Nobumitso. Die Kehlkopfmuskeln des Hylobates lar. verglichen mit denen der anderen Affen und Menschen.** *Dissert. Rostock 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

90) **S. Citelli. Ueber die Anwesenheit von mehrzelligen intraepithelialen Schleimdrüsen in der Tuba Eustachii und Kehlkopfschleimhaut des Menschen. (Sulla presenza di ghiandole mucose pluricellulari intra-epitheliali nella tromba d'Eustachio e nella mucosa laringea dell'uomo.)** *Anat. Anz. XXVI. 17/18. S. 480.*

Die in Frage kommenden kugelförmigen Gebilde sind von vielen Autoren beim Menschen in der Nase, ferner von Poncet und Stieda in der Augenbindehaut, von Schaffer im Nebenhoden, von Citelli in der Tuba Eustachii und im Kehlkopf gefunden worden. Sie stellen mehrzellige intraepithelial gelegene Schleimdrüsen dar und finden sich hautsächlich unter pathologischen Bedingungen. Ihre Histogenese kann verbunden sein mit einem einfachen Process veränderter Ernährung und Function oder mit einer Proliferation.

J. KATZENSTEIN.

91) **Broeckaert. Untersuchungen über die Kehlkopfarterien. (Recherches sur les artères du larynx.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 5. 1904.*

Die in der französischen oto-laryngologischen Gesellschaft im Mai 1904 (vergl. diesbezüglichen Bericht!) mitgetheilte Arbeit giebt genauen Aufschluss über die Topographie der Kehlkopfarterien und deren Anomalien an der Hand von Abbildungen von Präparaten, welche vom erwachsenen und kindlichen Kehlkopf gewonnen waren.

BAYER

92) **Kaplan** (Minsk). **Die Drüsen des Stimmbandes.** *Dissert. Bern 1905.*

Der für Laryngologen immer actuelle Gegenstand führt Verf. zur Besprechung der Fragen, ob die Sängerknötchen und wahren Cysten der Stimmbänder wesentlich aus Drüschen hervorgehen oder nicht. Fragen, welche sie offen lässt; immerhin ist sie geneigt, sie in bejahender Richtung zu beantworten, weil es anatomisch jetzt entschieden sei, dass Drüsen in der Basis der Knötchen nicht nachgewiesen werden können, und namentlich gerade an der Electionsstelle der Knötchen die von B. Fränkel entdeckte grössere Schleimdrüse liege. Dass Sängerknötchen oft Schleim abzusondern scheinen, wird kein laryngologischer Beobachter ganz verneinen.

Auch die Frage des Ueberganges gutartiger in maligne Kehlkopfgeschwülste wird als eine nicht ganz entschiedene behandelt. Verfasserin hat 15 gesunde Stimmbänder aus dem Berner pathologischen Institut lege artis gehärtet und in Schnittserien mikroskopirt. Sie kommt zum Schlusse, dass es keinem Zweifel mehr unterliege, dass Drüsen im Bereiche der Plattenepithel tragenden freien Stimmbandränder, besonders im hinteren Theil des Stimmbandes liegen, welche oft nahe der Spitze des Stimmbandkeiles (Querschnitt) ausmünden, und dass dies bei der Entstehung von Neubildungen und Sängerknötchen in Betracht zu ziehen sei.

JONQUIÈRE.

93) **Georg Köster** und **Armin Tschermak. Ueber den Ursprung und die Endigung des N. depressor und N. laryngeus sup. beim Kaninchen.** *Arch. f. An. (u. Physiol.). Suppl.-Bd. S. 255—294. 1902.*

Der N. depressor entspringt aus dem oberen Pol des Gangl. jugulare, das auch den sensiblen Portionen des N. vagus und N. laryngeus sup. zum Ursprunge dient, und er endet mit seinen peripheren Axencylindern in der Aorta. Er ist also nicht der sensible oder Reflexnerv des Herzmuskels, sondern der Aorta.

J. KATZENTSEIN.

94) **E. Barth. Zur Physiologie der Stimme.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. 1/2. S. 232. 1905.*

Bei ansteigender Höhe worden in der Norm entsprechend der stärkeren Spannung des M. thyreo-cric. die Stimmbänder stärker gespannt und der Ringknorpel wird an den Schildknorpel herangezogen; dabei steigt der Kehlkopf in die Höhe. Der Schildknorpel muss dabei dadurch fixirt werden, dass er an das Zungenbein herangezogen wird; das Zungenbein muss aber auch fixirt werden, und zwar so, dass es durch die an demselben ansetzenden Muskeln festgestellt wird, und zwar ebenfalls unter gleichzeitigem Ansteigen um so höher, eine je stärkere Fixation der Schildknorpel nöthig hat.

Mittelst eines von Zwaardemaker angegebenen Registrierapparates hat B. nun beobachtet, dass gerade bei den bestgeschulten Stimmen von Gesangskünstlern der Kehlkopf beim höchsten Ton am tiefsten, beim tiefsten Ton am höchsten tritt. Dadurch wird das Ansatzrohr grösser im verticalen und dadurch, dass der Kehlkopf beim Tiefertreten auch eine Bewegung nach vorn macht, gleichzeitig im sagittalen Durchmesser. Der buccopharyngeale Winkel wird stumpfer und dadurch ermöglicht, dass Tonwellen aus dem Kehlkopf ungebrochen in grösserer Anzahl direct nach dem harten Gaumen geleitet werden können. Die grössere Entfernung zwischen Zungenbein und Schildknorpel macht einen Druck des Petiolus auf die Taschenbänder und den Sin. Morgagni unmöglich, der Schallraum des Sin. Morgagni kann entsprechend der Feststellung von J. Katzenstein und R. du Bois-Reymond, dass derselbe resonatorisch wirkt, ungehindert seiner physiologischen Bestimmung genügen. Die Tongebung vollzieht sich dabei unter einem geringeren Verbrauch von Muskelkräften. Soll der Kehlkopf bei ansteigender Tonhöhe tiefer treten, so müssen die Muskeln, welche ihn nach oben zu ziehen und zu fixiren im Stande sind, erschlaffen. — B. sieht in der Bewegungsrichtung des Kehlkopfes beim Ansteigen der Tonhöhe das entscheidende Moment für den sog. richtigen oder falschen Tonansatz.

(In dem schon 1903 Leipzig, Breitkopf und Härtel, erschienenen Leitfaden zum Kunstgesang von Cornelia van Zanten wird S. 38 die obige spätere Beobachtung Barth's mit folgenden Worten angegeben: „Eine weitere Untersuchung, die Prof. Zw. (Zwaardemaker) vornahm, war die Ermittelung der Wirkung des Kehlkopfes beim Singen, die durch einen zuverlässigen Apparat registrirt wurde. Hieraus ging hervor, dass je höher der Ton stieg, desto tiefer der Kehlkopf sank und sich dabei horizontal ausdehnte, während er bei heruntergehenden Tönen wieder auf die normale Höhe zurückging.“ Ref.)

J. KATZENSTEIN.

95) **Winckler** (Bremen). **Die Behandlung von Sprachgebrechen in der Hülfsschule.** *Med.-päd Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. März-April 1905.*

Die Hülfsschule bedarf in erster Linie einer ärztlichen Unterstützung (in Würzburg in erster Linie einer Trennung in Confessionen). Der Lehrer muss namentlich bei und nach erfolgter Aufnahme Gelegenheit haben, sich über seine Schüler zu informiren und aussprechen zu können. Die Behandlung der Sprachstörungen wird sich durch eine derartige gemeinsame Arbeit wesentlich erleichtern lassen. Vorbedingung für den Arzt ist die, dass er mit dem Wesen der Sprachstörungen ebenso vertraut ist, wie der Lehrer. Dann kann er bei der Aufnahme der Schüler bereits auf zahlreiche Schwierigkeiten hinweisen. Er kann die operativ Verbesserungsfähigen und die für die Hülfsschule Untauglichen bezeichnen. Während der Ausbildung des Kindes kann er zweifelhafte Beobachtungen klarstellen und Hülfe angeben, ohne dabei die rein pädagogische Thätigkeit anzutasten.

SEIFERT.

96) **Zahn** (Stuttgart). **Bemerkungen über die Prognose und Behandlung des Stotterns.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 23. 1905.*

Die Aussicht des Stotterers auf eine Selbstheilung seines Leidens ist über-

haupt sehr unsicher und noch weniger gewiss ist diese in Bälde zu erwarten. Vielmehr ist für ihn die Gefahr gross, lange Jahre oder auf Lebenszeit stottern zu müssen. Andererseits kann er mit Grund hoffen, wenn sein Fehler nicht zu schlimm ist, durch eine mit Eifer und Geduld unternommene Kur geheilt, wenigstens gebessert zu werden! Damit das Stottern keinen zu hohen Grad erreicht, ist es dringend zu empfehlen, so bald als möglich eine Behandlung einzuleiten.

SEIFERT.

97) **G. Hudson Makuen. Verzögerte Entwickelung der Sprache bei jungen Kindern. (Retarded development of speech in yong children.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1905.*

Eine Uebersicht über die Momente, die bei kleinen Kindern zur Verzögerung der Sprachentwickelung führen können und über die Methoden ihrer Heilung.

EMIL MAYER.

98) **Oltuszewski. Die Pathologie und Therapie der Sprechstörungen vom heutigen Standpunkt der Wissenschaft. (Obrazy patologii mowy w swietle nauki wspótezesneij oraz zasady leczenia zboczen mowy.)** *Gazeta Lekar. No. 3—8. 1905.*

Verf. theilt sämmtliche Sprachstörungen in zwei Gruppen: 1. centrale, zu welchen Aphasie, Dysphasie und Dysarthrie gehören; 2. peripherische. Verf. beschreibt in Grundrissen Psychologie der Sprache, Pathogenese, Diagnose der verschiedenartigen Sprachstörungen, Prognose und Therapie. Genaue Erkennung der einzelnen Formen bietet manchmal bedeutende Schwierigkeiten. Die Therapie beruht hauptsächlich auf methodischen Uebungen, wie auch Anwendung von allgemeinen therapeutischen Mitteln, Klimatotherapie, Hydrotherapie u. s. w. Die Details sind im Original nachzulesen.

A. v. SOKOLOWSKI.

99) **Jörgen Möller** und **J. F. Fischer** (Kopenhagen). **Ueber die Wirkung der Mm. crico-thyreoideus und thyreo-arytaenoideus internus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 72.*

Die Verff. studirten die Function der Muskeln im Röntgenbilde. Sie constatirten bei der Intonation eine beträchtliche Verkleinerung des Zwischenraumes zwischen Ring- und Schildknorpel, und zwar ist es die aufsteigende Bewegung des Ringknorpels, welche diese Verkleinerung zu Stande bringt. — Die Wirkung des M. thyreo-arytaenoideus internus besteht darin, dass er die Stimmlippe, deren freier Rand bei der Contraction des M. crico-thyreoideus sich concav ausbuchtet, gradlinig macht. So wirken der Crico-thyreoideus und der Crico-arytaenoideus internus zur Hervorbringung der zur Intonation nöthigen Gestalt und Spannung der Stimmlippen zusammen.

F. KLEMPERER.

100) **P. Schultz** und **Dorendorf** (Berlin). **Ueber die centripetale Leitung des Nervus recurrens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 217.*

Als Kriterium für die Anwesenheit centripetaler (sensibler) Fasern wählten die Verff. die Veränderung des Blutdruckes bei dessen graphischer Registrirung; die experimentelle Reizung centripetaler Fasern bringt eine Veränderung des

allgemeinen Blutdruckes hervor, und zwar normalerweise eine Drucksteigerung, unter gewissen Umständen aber auch eine Druckerniedrigung.

Auf Grund ihrer Versuchsresultate erklären die Verff. den Recurrens beim Kaninchen, bei der Katze und beim Affen für einen gemischten Nerv, der in seinem ganzen Verlaufe neben motorischen auch sensible Fasern enthält. Beim Hunde und bei der Ziege dagegen enthält der Recurrens nur in seinem obersten (peripherischen) Abschnitte sensible Fasern, die ihm durch den Ramus communicans vom Laryngeus superior zugeführt werden; der Recurrens besitzt in seinem obersten Abschnitt, wie Rethi sich ausdrückt, eine erborgte Sensibilität.

F. KLEMPERER

101) **W. G. Hult. Heterotopische Innervation.** *Neurol. Centralbl. XXIII. 23. S. 1085.*

Beschreibung eines Falles, bei dem mit phonatorischer Innervation des Kehlkopfes Thätigkeit der unteren Partie des Cucullaris verbunden ist.

J. KATZENSTEIN.

102) **Sinnhuber** (Berlin). **Klinisches und Experimentelles über doppelseitige Posticuslähmung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26. Vereinsbeilage. 1904.*

Gelegentlich der Vorstellung eines Pat. mit doppelseitiger Posticuslähmung im Gefolge von multipler Sclerose berichtet Vortr. über Thierversuche. Er unterband bei Hunden die N. recurrentes mit in Terpentin getränkten Wollfäden um die zu den Postici ziehenden Nerven zuerst degeneriren zu lassen, dann durchschnitt er die Recurrentes in Höhe der Cart. cricoidea und in anderen Fällen entfernte er den M. posticus. Es gelang ihm nur an ganz jungen Hunden, das Bild der Medianstellung mit perversen Stimmbandbewegungen zu gewinnen. Ausserdem ist noch ein Unterschied in der Form solcher experimentell herbeigeführten und klinisch beobachteten Stellung der Stimmbänder, indem bei ersterer die Stimmbänder in einer Ebene liegen, bei letzterer dieselben mit dem freien Rande sich pulmonalwärts neigen. „Die experimentell erzeugten perversen Stimmbandbewegungen beruhen auf der unterhalb der Glottis entstehenden Luftverdünnung. Sie hören auf nach Tracheotomie und bleiben bestehen nach Durchschneidung der M. crico-thyreoidei, sterno- und hyothyreoidei und sterno-cleido-mastoidei.“ „Das klinische Bild der Medianstellung dauert nach Tracheotomie fort und ist auf active Muskelwirkung, die dem Crico-thyreoideus zufällt, zurückzuführen. Die Betheiligung dieses Muskels kommt wahrscheinlich dadurch zu Stande, dass die Athemreize auf dem Wege der Ansa Galeni reflectorisch den M. crico-thyreoideus erregen.“ „Die exspiratorische Erweiterung beruht auf einem Nachlassen der inspiratorischen Spannung des Crico-thyreoideus.“ Die eingehendere Arbeit, von der der Vortrag nur ein Referat ist, soll im Archiv für klinische Medicin (Bd. LXXIX) erscheinen.

ALBANUS (ZARNIKO).

103) **Alexander** (Berlin). **Ein Fall von Recurrenslähmung bei Mitralstenose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Nach näherem Eingehen auf die Literatur des interessanten Gegenstandes (bisher nur 4 Fälle beschrieben) berichtet Verf. über einen Fall bei einer 50jähr.

Patientin. Vor 23 Jahren Gelenkrheumatismus, Herzfehler. Vor 2 Jahren nochmals Gelenkrheumatismus. Danach stärkere Herzbeschwerden und zuerst Heiserkeit. Befund: Mitralstenose (Aortenaneurysma konnte ausgeschlossen werden), linksseitige Recurrenslähmung. Verf. hält es für möglich, dass die durch die Mitralstenose bedingten Veränderungen am Herzen durch Druck den Nervus recurrens functionsunfähig gemacht haben. ALBANUS (ZARNIKO).

104) **Hill Hastings. Ein Fall von Recurrenslähmung. (A case of paralysis of the recurrent laryngeal nerve.)** *The Journal of the American Medical Association. 3. Juni 1905.*

Der Fall illustrirt die Bedeutung der Laryngoskopie für die Diagnose entfernter Erkrankungen. Die Entdeckung der Recurrenslähmung führte zur Erkennung eines vorher nicht diagnosticirten Aneurysmas des Aortenbogens. Man hatte vorher eine Lungenerkrankung angenommen. Radioskopie bestätigt die Diagnose. EMIL MAYER.

105) **Broschniowski. Fall von traumatischer Verletzung des unteren Kehlkopfnerven. (Slutschai traumatitscheskawo powreshdenija nishnjkwo gortannawo nerva.)** *R. Wratsch. No. 14. 1905.*

Einem Feldwebel wurden zwei Wunden vermittelst eines Taschenmessers am Halse beigebracht. Die Wunden verheilten, aber er behielt eine gewisse Steifheit und Heiserkeit. Es erwies sich, dass die Stimmritze und der Kehlkopf nach rechts dislocirt waren. Das linke Stimmband unbeweglich. Die Paralyse führte man auf eine Verwundung und Narbenbildung zurück.

Nach einiger Zeit bildete sich hinten am Halse Fluctuation und Röthe. Beim Einschnitt unter Cocain plötzlicher Athemstillstand und nach einigen Stunden Tod.

Bei der Section fand man in der Tiefe der Wunde eine 9 cm lange Klinge, die von vorne nach hinten zwischen Speiseröhre und Wirbelsäule in die letztere bis zum Wirbelcanal vordrang, eine Blutung hier verursachte und dadurch den Tod hervorrief.

Der N. laryng. inf. war mit der Narbe verwachsen. P. HELLAT.

106) **Boenninghaus. Kehlkopfneuritis. (Laryngeal neuritis.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Januar 1905.*

Verf. bezeichnet unter diesem Namen eine mit Kehlkopfkatarrh verbundene schmerzhafte Affection des äusseren Halses. Sie ist charakterisirt durch die Anwesenheit zweier Schmerzpunkte: Einer liegt zwischen Zungenbein und Schildknorpel, der andere unmittelbar über der Clavicula dicht bei der Trachea; sie entsprachen der Durchtrittstelle eines Zweiges des N. laryngeus superior durch die Membrana thyreoidea und einem Zweige des N. laryngeus inferior. Der Katarrh ist wahrscheinlich der Ausgangspunkt für die Neuralgie; er tritt gegen die schmerzhafte äussere Affection ganz zurück. Massage des Halses und Behandlung des Katarrhs werden empfohlen. LEFFERTS.

107) **Nikitin. Zur Frage der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (K woprosu o letscheni bugortschatki gortani.)** *Prak. Wratsch. No. 44—46. 1904.*

Eine kurze, objective Auseinandersetzung über unser Können, vor allen Dingen aber über unser Nichtkönnen gegenüber dieser Krankheit. P. HELLAT.

108) **Roepke** (Melsungen). **Das Tuberculin in der Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Brauer's Beiträge zur Klinik d. Tuberculose. Bd. IV. H. 1. 1905.*

Roepke spricht sehr dem Tuberculin zur Behandlung der Kehlkopftuberculose das Wort, seine Anwendung kann im II. Stadium der Larynxtuberculose und selbst noch in den dem III. Stadium zuneigenden Fällen ohne alle Bedenken erfolgen, wenn Lungenbefund und Allgemeinzustand günstig sind. Einen solchen Fall hat R. anfangs 1903 in Behandlung genommen, nach Versagen der Anstalts- und Localtherapie mit Tuberculin geheilt und nach 2 Jahren noch als völlig geheilt geblieben constatirt. SEIFERT.

109) **W. B. G. Harland. Das Problem der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The problem of the treatment of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1905.*

In manchen Fällen haben sich die X-Strahlen als nützlich erwiesen. Verf. erwartet am meisten von einer Serumtherapie. LEFFERTS.

110) **Ottfried O. Fellner** (Wien). **Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren etc.** (Einige Bemerkungen zu Löhnberg's Aufsatz in No. 7 der Münchener med. Wochenschrift.) *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1905.*

Auf Grundlage von 18 einschlägigen Fällen kommt Autor — bezugnehmend auf den Fall Löhnberg's — zu dem Schlusse, dass man bei schweren Fällen von Larynxtuberkulose keinen künstlichen Abort einleiten solle, da die Mutter meist doch bald darauf zu Grunde gehe; vielmehr müsse man, da die Mutter doch verloren, wenigstens das Kind zu erhalten suchen. Anders verhalte es sich bei leichten oder beginnenden Fällen von Kehlkopfschwindsucht; hier sei die Indication für die Einleitung des Abortus gegeben, um das durch die zunehmende Schwangerschaft bedingte Fortschreiten der Larynxerkrankung zu verhüten.

HECHT.

111) **Sokolowsky** (Königsberg i. Pr.). **Larynxtuberculose und künstliche Unterbrechung der Gravidität.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. 1904.*

In der Gerber'schen Poliklinik wurden 2 Frauen an Larynxtuberculose behandelt, bei denen wegen des Kehlkopfbefundes in der Frauenklinik die Vornahme der Frühgeburt (VI. und VII. Monat) veranlasst wurde. Beide Frauen starben innerhalb 4 Wochen nach der Geburt; subjectiv hatten beide Frauen etwas Erleichterung nach der Entbindung, objectiv war, „wenigstens eine Verschlimmerung nicht nachzuweisen." Verf. schiebt die Misserfolge der zu späten künstlichen Entbindung zu, und präcisirt bei der sonstigen Machtlosigkeit der Therapie und absolut schlechten Prognose seinen Standpunkt dahin, bei graviden kehlkopftuberculösen Frauen möglichst frühzeitig die Frühgeburt resp. künstlichen Abort einzuleiten und bei jedem weiblichen Individuum, das mit Kehlkopftuberculose in

Behandlung kommt, eo ipso auf Gravidität zu fahnden, um ja nicht den richtigen Moment zur Einleitung des künstlichen Aborts zu versäumen.

ALBANUS (ZARNIKO).

112) **A. Kuttner** (Berlin). **Ist die Kehlkopftuberculose als Indication für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?** (Vortrag, gehalten in der ersten Sitzung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft zu Heidelberg am 13. Juni 1905.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. 1905.*

Auf der Hamburger Naturforscher-Versammlung (1901) hat Kuttner über die Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberculose während der Schwangerschaft berichtet und besonders auf die ungünstige Prognose, die sich aus dieser Combination ergiebt, hingewiesen. In der Zwischenzeit sind, entsprechend einer Bitte des Vortragendon, zahlreiche einschlägige Fälle veröffentlicht worden, so dass nach kritischer Sichtung des vorliegenden Materials inclusive einer Reihe neuer, vom Vortragenden mitgetheilter Fälle jetzt ungefähr 100 derartige Beobachtungen vorliegen, die eine, wenn auch nicht vollkommen erschöpfende, so doch immerhin ziemlich ausreichende Beurtheilung der Sachlage ermöglichen.

Aus dem vorliegenden Material zieht Kuttner folgende Schlussfolgerungen:

1. Das Auftreten von Larynxtuberculose während der Schwangerschaft ist nicht sehr häufig. Frauen, die früher schon an Kehlkopftuberculose gelitten haben, sind auch nach einer Jahre lang dauernden Ausheilung besonders gefährdet. Ausnahmen kommen vor.

2. Der Eintritt einer Schwangerschaft bei bereits bestehender Larynxtuberculose ist relativ selten.

3. Erstgebärende werden ebenso von der Larynxtuberculose befallen, wie Mehrgebärende.

4. Die diffuse Larynxtuberculose während der Schwangerschaft giebt eine ungemein schlechte Prognose für Mutter und Kind. Von ca. 100 Frauen kamen nur 7 mit dem Leben davon; von 66 Kindern, über die berichtet wurde, starben bald nach der Geburt 39 = 59—60 pCt.; weiter wird gemeldet: als lebend geboren, ohne weitere Nachricht, 13; 4 als krank oder schwächlich; nur 10 waren zur Zeit der Publication über ein Jahr alt.

5. Die in Form circumscripter Tumoren auftretende Larynxtuberculose giebt eine günstige Prognose (4 Fälle mitgetheilt, alle haben die Schwangerschaft gut überstanden).

6. Die Anwendung der üblichen Allgemeinbehandlung und der verschiedenen endolaryngealen Methoden, je nach Maassgabe des vorliegenden Falles, ist erforderlich. Ein entscheidender Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung kommt ihnen aber nur selten zu.

7. Die Tracheotomie ist immer bei ernster Dyspnoe auszuführen. Bei der Entbindung muss man immer auf sie vorbereitet sein. Ausserdem darf man nach den bisherigen Erfahrungen hoffen, dass die Tracheotomie auch eine gewisse curative Wirkung auszuüben im Stande sein dürfte; deshalb empfiehlt es sich, mit ihrer Ausführung in geeigneten Fällen (2. Hälfte der Schwangerschaft, bei günstigem Allgemeinbefinden) nicht allzu lange zu zögern.



8. Die ungünstige Prognose, welche die Larynxtuberculose während der Schwangerschaft für Mutter und Kind giebt, rechtfertigt im Princip die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

9. Die Rechtsgrundlage, auf der die deutschen Aerzte bei diesem Eingriff stehen, ist zwar keine absolut gesicherte. Zwar ist bei Innehaltung gewisser Vorsichtsmaassregeln eine rechtskräftige Bestrafung im gegebenen Falle nicht gerade wahrscheinlich, aber im Interesse der Aerzteschaft sind weitere Cautelen dringend erforderlich. Anmerkung dieser Forderung von maassgebender juristischer Seite.

10. In Bezug auf die sittlichen und socialen Forderungen in dieser Frage, hat der ärztliche Stand von jeher die Auffassung vertreten, dass das Leben des Fötus geopfert werden darf, wenn nur auf diese Weise das Leben der Mutter gerettet werden kann.

11. Die katholische Kirche verbietet die Opferung des Fötus, auch wenn diese den einzigen Weg zur Rettung der Mutter darstellt.

12. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft vom juristischen und ethischen Standpunkte aus ist zulässig, wenn sich nach Lage der Dinge erwarten lässt, dass der Kranken hierdurch Leben und Leistungsfähigkeit auf längere Zeit wiedergegeben werden. Sie ist unzulässig, wenn durch sie das Leiden der Kranken nur gelindert oder nur ein kurzer Aufschub erzielt werden kann.

13. Die Einleitung des Abortes in der ersten Hälfte der Schwangerschaft giebt nach den bisherigen Erfahrungen in geeigneten Fällen eine günstige Prognose. (Von 6 Fällen 3 gerettet.)

14. Die Einleitung der Frühgeburt in der 2. Hälfte der Schwangerschaft hat nach den bisherigen Erfahrungen nur ungünstige Resultate ergeben.

Ref., der gemeinschaftlich mit Herrn Dr. Löhnberg in Hamm (Westphalen) von der Deutschen laryngologischen Gesellschaft mit der weiteren Berichterstattung über diese Frage beauftragt worden ist, bittet die Herren Collegen um die gefällige Veröffentlichung oder Uebermittlung einschlägiger Fälle. (Adr.: Dr. A. Kuttner, Berlin W. 62., Lützow-Platz 6.) AUTOREFERAT.

f. Schilddrüse.

113) **B. Henneberg. Beitrag zur Kenntniss der lateralen Schilddrüsenanlage.** *Anat. Hefte. Bd. 28. H. 1. S. 287.*

Bei Meerschweinchen, Kaninchen und Ratte bildet sich die laterale Anlage nicht zurück oder bleibt von der mittleren Anlage getrennt, sondern vereinigt sich mit der letzteren, entwickelt sich weiter und liefert einen Theil der definitiven Thyreoidea. Die Umformung in Schilddrüsengewebe erfolgt durch Einwucherung von Bindegewebe und Capillaren, wodurch die ursprüngliche dichtere Masse zerklüftet wird, was zur Bildung von Läppchen und Strängen, und schliesslich zu der von Follikeln führt, in denen sich, wie in den aus der Thyroid. med. hervorgegangenen Colloid bildet. J. KATZENSTEIN.

114) **Willy Meyer. Morbus Basedow mit Antithyreoidin behandelt. (Exophthalmic goitre treated with Antithyreoidin.)** *N. Y. Medical Record. 8. April 1905.*

M. stellt einen 40jährigen Mann vor, den er mit einer Glycerin-Schilddrüsen-

emulsion innerlich und subcutan behandelt hat. Nach 6 Monaten hatte Patient seinen Tremor verloren; seine Pulsfrequenz betrug 96; er konnte seine Arbeit wieder aufnehmen.

In der Discussion sagt Rogers, dass seine Beobachtungen während der letzten 5 Jahre ihm gezeigt haben, dass diese Besserungen nur vorübergehend sind.

LEFFERTS.

115) **J. M. Marshall. Die Gerüstsubstanz der Parathyroidea. (The framework of the Glandul. parathyr.)** *Amer. Journ. of Anat. Vol. 4. p. 77. 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

116) **W. G. Mc. Callum** und **C. F. Davidson. Weitere Bemerkungen über die Function der Parathyreoiddrüsen. (Further notes on the function of the Parathyreoid glands.)** *N. Y. Medical News. 8. April 1905.*

Verff. berichten über eine grosse Anzahl von Experimenten, die sie an Thieren gemacht haben. Sie kommen zu folgendem Schluss: „Wenn auch die von Lusena und anderen in der Literatur berichteten Fälle zeigen, dass der Verlauf nach Exstirpation von Thyreoidea und Parathyreoidea ein milderer ist, als nach Entfernung der Parathyreoidea allein, so kann das nicht als allgemeine Regel gelten, denn in der Hälfte unserer Fälle waren die Symptome von der grössten Schwere. Auch können wir Lusena's Behauptung nicht bestätigen, dass eine nachfolgende Thyreodectomie die Tetanie zum Stillstand bringt, denn in 4 von 6 Fällen hatte sie gar keinen Effect und die Versuchsthiere starben unter schwerster Tetanie. Wir betrachten die Tetanie daher nicht als Resultat einer Störung der Schilddrüsenfunction in Folge Wegfalls des Einflusses der Parathyreoida, sondern als directe Folge des Fortfalls der Function der Parathyreoidea, besonders seitdem es gelingt, durch Injection von Parathyreoideaemulsion bei Fehlen der Thyreoidea Heilung herbeizuführen.“

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

117) **N. Eisendrath. Oesophagusstrictur. (Stricture of the esophagus.)** *N. Y. Medical News. 15. April 1905.*

Seit einem Jahre bestanden bei dem Patienten Schluckschwierigkeiten und Regurgitation von Speisen. Es wurde eine Gastrotomie mit anscheinend gutem Erfolg gemacht. Eine Speiseröhrenbougie stiess in der Höhe der Stelle, wo der Processus ensiformis an das Manubrium sich ansetzt, auf ein Hinderniss. Der Patient bekam eine grosse Dosis Wismuth ein; mittels der Radiographie sah man dann die Obstruction und zu ihrer Linken den Tumor.

LEFFERTS.

118) **J. C. Morfit Oesophagusstrictur. (Oesophagus stricture.)** *Interstate Medical Journal. Februar 1905.*

Im ersten Fall handelt es sich um ein 2 Jahre altes Kind, das eine Lauge getrunken hatte. Es erfolgte Heilung durch Bougiebehandlung. Im zweiten Fall handelte es sich gleichfalls um eine Laugenverätzung. Es wurde Gastrotomie gemacht. Patient starb am 21. Tage. Man fand bei der Autopsie dicht über der

Cardia eine Verengung, die nicht den kleinen Finger durchliess. Todesursache: Lungenabscess und Pneumonie.

EMIL MAYER.

119) **Rivière** (Lyon). **Ein Fall von Narbenstricturen des Oesophagus. (Un cas de retricissements cicatriciels de l'oesophage.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 16. November 1904.*

Es handelte sich um eine Verätzung in Folge Trinkens einer Kalilauge enthaltenden Flüssigkeit. Pat. kann keine festen Speisen schlucken. Erhebliche Abmagerung. Der Catheterismus zeigt verschiedene Verengerungen ohne secundäre Divertikelbildung. Es wurde die allmälige Dilatation vorgenommen; augenblicklich passirt eine Sonde No. 27 (Chassière) und Pat. kann wieder feste Speisen essen.

PAUL RAUGÉ.

120) **Strauss** (Berlin). **Ueber röhrenförmige Ausstossung der Speiseröhrenschleimhaut und stenosirende Pylorus-Hypertrophie nach Salzsäurevergiftung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. 1904.*

Ein 42jähriger Mann trank 25 ccm rauchende Salpetersäure. Spülung des Magens mit Seifenwasser. Pharynx, Tonsillen, Gaumenbögen, Uvula roth. Hämorrhagisches Oedem. Am 9. Krankheitstage würgte Pat. Abends eine bräunliche, trübe, in schleimiges Material eingebettete, schlauchförmige Masse — von 23 cm Länge — aus, die sich bei genauer Betrachtung als eine röhrenförmige Ausstossung des Oesophagus ergab. Sondirung ergab im weiteren Verlauf eine Verengerung in der Gegend der Cardia. Hierdurch schlechte Nahrungszufuhr, schliesslich Exitus. Section: Es fehlte Schleimhaut und Epithel von der Cardia bis 20 cm oberhalb derselben; Verengerung an der Cardia.

Mittheilung eines ähnlichen Falles, den Orth in Göttingen beobachtete. Der betreffende Pat. starb an den Folgen eines periösophagealen Abscesses. Ferner ein Fall von Oesophagitis dissecans superficialis, bei dem Lamellen, nur aus Epithelschicht des Oesophagus bestehend, ausgewürgt wurden.

ALBANUS (ZARNIKO).

121) **Schütze** (Berlin). **Demonstration einer Oesophageo-Trachealfistel.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1904.*

Pat. hat seit 2 Jahren Husten, Athemnoth, Auswurf. Er machte plötzlich die Bemerkung, dass Speisen nicht recht geschluckt wurden. Seitdem starke Hustenanfälle bei der Nahrungsaufnahme. Ein in den Oesophagus vorgeschobener Schlauch hört Athemgeräusch. Mit Oesophagoskop konnte beobachtet werden, wie an der Perforationsstelle Schleim in Blasen hervorgetrieben wurde. Methylenblaulösung, die geschluckt wird, zeigt sich wieder „in Gestalt eines blau gefärbten, schaumigen Sputums". Das Röntgenbild weist einen Schatten auf. Vermuthliche Diagnose: In die Trachea perforirtes Oesophagus-Carcinom. Zunächst noch therapeutischer Versuch mit Jod. (? Gummi.)

ALBANUS (ZARNIKO).

122) **H. Ribbert. Die Tractionsdivertikel des Oesophagus.** *Virchow's Archiv. [17] VIII. 3. S. 351.*

R. führt die Entstehung der Tractionsdivertikel des Oesophagus auf eine

Entwicklungsstörung zurück: zwischen Trachea und Oesophagus bleibt ein Bindegewebszug erhalten. Da die so nicht überall normale Wand des Oesophagus in ihrem Muskellager Defecte zeigt, so muss ein dieser Stelle einsetzender Zug bei Verschiebung derselben zu einer Ausbuchtung, d. i. Divertikelbildung führen. — Auch die Pulsationsdivertikel können auf Entwickelungsstörungen zurückgeführt werden; dieselben entstehen, wenn nur eine Unterbrechung der Muskulatur besteht.

J. KATZENSTEIN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. Mai 1905.

Hirschmann zeigt einen Gummiobturator, dessen Anwesenheit und Lage in der Oberkieferhöhle einer Patientin er endoskopisch festgestellt und den er durch den alveolaren Bohrcanal mittelst eines Hakens aus derselben entfernt hat.

E. Meyer: Ueber Erfahrungen mit den directen Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege.

Auf Grund einer reichen Casuistik berichtet M. über seine diesbezüglichen Erfahrungen an der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkranke.

Die Autoskopie stellt eine Bereicherung unseres diagnostischen und therapeutischen Könnens bei Kindern und bei Erkrankungen der hinteren Larynxwand dar. Bei Kindern und solchen Patienten, bei denen die Zunge sich aufbäumt, ist der Röhrenspatel dem flachen vorzuziehen. 8 Kinder wurden auf autoskopischem Wege von ihren multiplen Papillomen befreit. Einem 8 Monate alten Kinde wurde eine die vordere Hälfte der Glottis verschliessende Membran im Röhrenspeculum gespalten. Bei einem zweiten Kinde wurde derselbe Eingriff vorgenommen; da aber trotz Dilatation eine Wiederverwachsung eintrat, musste die Membran nach der Laryngofissur excidirt werden. Einem erwachsenen Patienten wurde ein Epiglottisfibrom autoskopisch entfernt.

Die tracheoskopische Autoskopie ist der Spiegelmethode nicht wesentlich überlegen, wenngleich sie diese häufig ergänzt. Eine Narkose ist gewöhnlich überflüssig, meist genügt die Cocainanästhesie. Contraindicirt ist sie bei Aortenaneurysma und malignen Tumoren. Die Bronchoskopie erfordert Chloroformnarkose und Lagerung der Patienten mit hängendem Kopfe.

Zur Dilatation der Trachea hat M. einen neuen Tubus construirt, indem er einen O'Dwyer'schen Tubus mit einer beweglichen Verlängerung versehen liess.

Die Bronchoskopie hat er zwei Mal ausgeführt; in dem ersten in der vorigen Sitzung schon besprochenen Fall hat er einen Wattebausch aus dem Bronchus extrahirt; in dem zweiten fibrinöse Belege aus Luftröhre und Bronchien entfernt.

Senator hat bei M. Schmidt einen Fall gesehen, in dem eine Tuchnadel aspirirt worden war und nach dem Röntgenbilde in einem Bronchus III. Ordnung

lag. Am nächsten Tage war sie dort nicht mehr zu entdecken, sie war bei einem Hustenanfall in den Mund gerathen und dann verschluckt worden. Sie ging nach einigen Tagen per anum ab.

Katzenstein macht auf die wissenschaftliche Bedeutung der Bronchoskopie aufmerksam, die sie durch die Untersuchungen von Loewy und v. Schrötter bezüglich der Bestimmung der Blutmenge erfahren hat.

Katzenstein: Ueber ein neues Hirnrindenfeld und einen neuen Reflex des Kehlkopfes.

K. konnte durch unipolare Elektrodenreizung des Krause'schen Kehlkopfbewegungscentrums das Masini'sche Resultat einer einseitigen Stimmbandbewegung bestätigen; ebenso erzielte er einseitige Bewegung durch Reizung der II. Windung. Wenn man die Kehlkopfschleimhaut nur einseitig berührt, so tritt auch nur das eine Stimmband in Adduction. Der Reflex hört auf, wenn der innere Ast des N. laryng. sup. durchschnitten ist. Auch beim Menschen kann man nach Herabsetzung der Sensibilität einen einseitigen Reflex auslösen.

Sitzung vom 2. Juni 1905.

A. Rosenberg zeigt ein durch Totalexstirpation gewonnenes Präparat eines Larynxcarcinoms.

Im August v. J. fand sich eine carcinomatöse Infiltration des hinteren Theils des rechten schwer beweglichen Stimmbandes. Patient wollte sich nicht operiren lassen, blieb aus der Behandlung und kam April d. J. wieder. Jetzt zeigte sich eine tiefe Infiltration der ganzen rechten Larynxhälfte, die vollkommen starr und unbeweglich war; das rechte Stimmband war in Cadaverstellung fixirt, das linke war im vorderen Theil roth und verdickt und zeigte daselbst an seiner unteren Fläche einen kleinen weissen Zapfen. Deshalb wurde die Totalexstirpation vorgenommen, die das Präparat rechtfertigt, denn auch die linke Seite zeigt und zwar in viel grösserem Umfange, als die laryngoskopische Untersuchung annehmen liess, eine carcinomatöse Infiltration des Stimmbandes und der subglottischen Region.

Gluck räth bei der Totalexstirpation den Defect im Pharynx sorgfältig zu nähen, die Wunde durch eine Etagennaht zu verschliessen und dann den Hautlappen zu nähen. Man erreicht so in den meisten Fällen eine prima intentio in 12—16 Tagen; dann kann man Canüle und Schlundrohr entfernen.

A. Rosenberg demonstrirt eine 30jährige Patientin mit Lupus der Nase insbesondere des Septums, während die äussere Haut kaum befallen ist, und des Larynx. Die Epiglottis ist in einen blassrothen, leicht höckerigen, welchen grossen Tumor verwandelt, der in dem dem freien Rande entsprechenden Theil etwa die acht- zehnfache Dicke des Kehldeckels aufweist. Die rechte aryepiglottische Falte ist erheblich verdickt und mit lupösen Knötchen besetzt, ebenso das linke Taschenband; Stimmbänder intact.

Sturmann zeigt das Präparat eines Larynxcarcinoms, das auf die äussere Haut herausgewachsen ist.

Ritter präsentirt eine aseptische gläserne Kehlkopfspritze.

Alexander zeigt ein mikroskopisches Ausstrichpräparat, welches von einem Falle von Angina Vincenti stammt; es zeigt Spirochäten und fusiforme Bacillen in aussergewöhnlich grosser Menge. Der aus einer geschwollenen Halslymphdrüse durch Punction gewonnene Drüsensaft war frei von diesen Gebilden. A. betont dies unter Hinweis auf die jüngst von Schaudinn und Hoffmann bei Syphilis entdeckten anders geformten und schwer färbbaren Spirochäten, welche gerade in dem durch Punction gewonnenen Safte des dem Primäraffect benachbarten Bubo zu finden waren.

Schötz hält den Befund von Spirochäten und fusiformen Bacillen nicht für charakteristisch für Angina Vincenti; vielmehr hat er einen derartigen Befund in zwei Fällen von Syphilis erheben können.

B. Fränkel macht darauf aufmerksam, dass die secundäre Syphilis unter dem Bilde einer acuten Angina einsetzen kann.

Alexander bestätigt die Beobachtung von Schötz; in einem Falle, in dem man Spirochäten und fusiforme Bacillen nachweisen konnte, trat Heilung erst nach Darreichung von Jodkali ein.

A. Wolff: Heufieber und seine Serumbehandlung.

Es giebt verschieden schwere Formen des Heufiebers, bei denen das Serum verschiedene Wirksamkeit zeigt; die Krankheit hat im Allgemeinen die Neigung zur Progredienz.

Die Aetiologie ist nicht völlig einheitlich, wofür der verschiedene Beginn und das verschiedene Aufhören der Erkrankung bei verschiedenen Patienten spricht; zuerst scheint die Empfindlichkeit für Gramineenpollen vorhanden zu sein.

Das „Pollantoxin" Dunbar's ist eine eiweissartige Substanz. Nach W.'s Versuchen haben die Eiweissgifte ganz allgemein die Eigenschaften, dass nach ihrer Injection keine Immunität und Antitoxinbildung eintritt, aber eine zunehmende Empfindlichkeit; so ist es auch mit dem Pollantoxin. Räthselhaft ist noch, warum die Pollen beim Gesunden nicht gelöst werden und bei ihm eine wachsende Empfindlichkeit gegenüber dem Pollengift eintritt.

Der Heufieberkranke zeigt ein für das Pollengift empfindliches Nervensystem; es ist unverständlich, warum das in Lösung übergeführte Gift nicht auch beim Gesunden Erscheinungen auslöst. Man muss entweder ein im Organismus des Heufieberkranken vorhandenes Ferment oder eine Unempfindlichkeit des normalen Nervensystems annehmen.

Das im Antitoxin enthaltene Serum soll nur gegen die Pollen von Gramineen, Solidagineen u. s. w. schützen; es spricht dies schon gegen eine Antitoxinnatur des Dunbar'schen Serums, da die Eiweisstoxinkörper streng specifische arteigene Immunkörper enthalten. Das Dunbar'sche Toxin folgt weiterhin nicht dem Gesetz der Multipla und es giebt ferner ein Maximum der Serumwirkung, das nicht abhängt von der Art des verwandten Giftes, sondern von der Individualität und der Empfindlichkeit der Patienten gegen das Heufiebergift.

In einer Reihe von Fällen äussert das Pollantin ungünstige Wirkungen und bei anderen wirkt es anfangs günstig und später ungünstig.

Bei der Wirkung des Pollantin auf Gesunde erzeugt der Milchzuckergehalt auf der Conjunctiva eine in einigen Minuten vorübergehende Reizung. Die Heufieberkranken werden durch das Pollantin z. Th. gebessert, sei es momentan, sei es für längere Zeit; bei einem anderen Theil ist das anfangs wirksame Serum später unwirksam, bei anderen bleibt es wirkungslos oder macht eine Verschlimmerung. Das Asthma ist bisher in keinem Falle günstig beeinflusst worden.

Die Pollantinwirkung ist keine Antitoxinwirkung, sondern eine vom Serum ausgeübte Wirkung eines colloidalen Körpers in Analogie mit der Wirkung der Antipräcipitine, Antihämolysine u. s. w. Dafür sprechen auch die von W. gemachten analogen Beobachtungen mit dem Weichard'schen Graminol, das keine specifischen Antikörper enthält, sondern nur eine Serumwirkung entfaltet, bei der die Schutzkörper eventuell concentrirt sind.

Zur Unterstützung der Serumtherapie empfiehlt sich die Anwendung von Adrenalin-Cocaingemischen; der Mohr'sche Nasenschützer ist gewöhnlich nicht ausreichend, aber ein werthvolles Unterstützungsmittel. Man kann vom Serum nur eine Heilung leichter, Linderung mittlerer und Abkürznng der Beschwerden schwerer Fälle erwarten. Die Art der Serumanwendung muss für jeden einzelnen Fall ausprobirt werden.

Sitzung vom 30. Juni 1905.

Senator demonstrirt 1. eine Patientin mit einem älteren Lupus der Nase und beginnendem Lupus der Mundschleimhaut und der Oberlippe, 2. einen Fall von Tuberculose des Zahnfleisches, des harten Gaumens, die man, da andere Organe wenig Abweichungen von der Norm zeigen und das Allgemeinbefinden gut ist, vielleicht als primär ansehen könnte.

Börger zeigt einen Holzsplitter, der einem 4jährigen Knaben beim Spielen in die Nase gestossen war und einige Tage später entfernt wurde. Pat. zeigte rechte Facialislähmung, konnte den Mund nicht öffnen, nicht schlucken, leichter Opisthotonus — also Tetanus. Aus dem Secret der missfarbigen Septumwunde konnten keine Tetanusbacillen gezüchtet werden, dagegen aus der dem Holzstückchen anhaftenden Masse.

Barth sah bei Verletzungen durch Platzpatronen mehrmals Tetanusintoxication (durch das bei ihrer Herstellung verwendete Papier).

Benda demonstrirt mehrere Präparate von Verengerung der Trachea und Bronchien. An dem einen zeigte die Luftröhre an der Stelle der Bifurcation einen ringförmigen Wulst, der sich mikroskopisch als Keloid erwies; sonstige syphilitische Zeichen fehlten zwar, aber doch ist wohl Syphilis als Ursache anzunehmen. B. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber andersartigen Verengerungen und zeigt entsprechende Präparate, so eins mit anthrakotischen Drüsen mit Perforation, ein anderes, bei dem ein festgekeilter Fremdkörper eine chronische Entzündung hervorgerufen hatte.

Finder hat den ersterwähnten Fall bei Lebzeiten, März d. J., in der Universitäts-Poliklinik gesehen und in der Tiefe der Trachea einen ringförmigen Tumor constatiren können. Man rieth ihm zur Anlegung einer Lungenfistel.

Meyer hatte von der Bronchoskopie dieses Falles abgesehen, da die Röntgenuntersuchung im Brustraum einen Schatten nachwies, der die Möglichkeit eines Aneurysma zuliess.

Kuttner hat den Pat. ebenfalls bei Lebzeiten gesehen, stand ebenfalls von der Bronchoskopie ab, weil die linke Trachealwand sehr stark pulsirte, in der Tiefe bemerkte man kleine höckrige das Tracheallumen umgebende Massen.

B. Fränkel macht darauf aufmerksam, dass das Röntgenbild in Fällen von Pigmentinduration leicht zu Verwechslung mit Aneurysma Anlass geben kann.

Discussion über den Wolff'schen Vortrag: Heufieber und seine Serumbehandlung.

Heymann fand bei 64 Heufieberkranken keine specifischen Veränderungen in der Nase und verspricht sich auch von rhinologischen Maassnahmen keinen Erfolg; aber stenosirte Nasen soll man frei machen, da ja die Beschwerden auch für die Zukunft erleichtert werden.

Herzfeld. Bei den Heufieberattacken dürften die Nebenhöhlen viel häufiger betheiligt sein. Die Wirkung des Pollantins ist anfangs eine ganz günstige in Bezug auf die Nasen- und Augensymptome — nicht auf das Asthma — sie hört aber bald auf. Auch die übrigen Maassnahmen sind nicht ohne Einfluss auf das Befinden: vielleicht erzielt man einen Erfolg durch Abstumpfung der Nasenschleimhaut.

Kuttner sah im Ganzen eine günstige Wirkung des Pollantin, die er für eine specifische hält. Die Nasenbehandlung hat eine untergeordnete Bedeutung, wirkt aber durch Correctur schwerer Nasenveränderungen günstig.

A. Rosenberg sah nicht bloss in mehreren leichten, sondern auch in einem schweren eine ausgezeichnete Wirkung vom Pollantin.

Herzfeld. Es ist, da es in schweren Fällen nichts nutzt, kein Specificum; auch ist das Toxin nicht immer bei Heufieberkranken wirksam.

Wolff. Auf natives, nicht mehrfach gefälltes Pollengift reagiren alle Heufieberkranken. Rhinologische Operationen erreichen im Grossen und Ganzen nichts, sie schwächen eventuell manche Erscheinung ab, haben aber auf den Gang des Leidens keinen Einfluss. Das Pollantin hat keine specifische Wirkung und ist kein Antitoxin. Nichtsdestoweniger ist es bei der Behandlung des Heufiebers nicht zu entbehren. A. Rosenberg.

---

b) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XII. Jahresversammlung am 23. und 24. April 1904 in Amsterdam.

Ausführlicher Sitzungsbericht in Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1904, No. 11.

Vorsitzender: Moll.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren: Guye (Vorsitzender), Moll (Schatzmeister) und Burger (Secretär-Bibliothekar, Weteringschans 72, Amsterdam).

I. P. Ph. L. Kan (Leiden): Eine Reihe Blutungen nach Adenotomie und Tonsillotomie.

Drei Fälle von Blutung nach Tonsillotomie und drei nach Adenotomie, sämmtlich mit glücklichem Ausgange. Von den letzteren trat die eine unmittelbar, die andere resp. 2 und 6 Tage p. o. auf.

II. H. J. L. Struycken (Breda): Otologische Demonstrationen.

III. H. Zwaardemaker (Utrecht): Vergleichung von Nasen- und Mundathmung.

Curven von Bewegungen der Athmungsorgane und der darin auftretenden Luftströmungen. Z. unterscheidet im ganzen Athmungsapparat drei durch enge Oeffnungen communicirende Räume. Die zwei vorderen werden als schädliche Räume vorgeführt. Der nasopharyngeale Raum wird auf 90 ccm, der laryngo-tracheo-bronchiale auf 100 ccm, der alveoläre Raum auf 2400 ccm veranschlagt. Die Weite der Verbindungsöffnungen beträgt (mittelst der Luftbrücke bestimmt): das reducirte Areal der Nasenhöhlen 0,8 cm^2, das reducirte Areal der Glottis 0,5 cm^2, dasjenige der ersten Nebenbronchien 4,4 cm^2.

Von sonstigen Versuchsresultaten seien erwähnt: maximale Geschwindigkeit des Expirationsstromes in der Trachea im Durchschnitt 1,2 m pro Sec., des Inspirationsstromes 1,6 m.

Feuchte warme Luft erweitert die oberen Luftwege und beschleunigt die Ausströmungsgeschwindigkeiten.

Die Geschwindigkeitscurve des Athmungsstromes ist keine wiegende, sondern scharfeckige Zickzacklinie; sie bietet indessen grosse individuelle Variationen.

Der Mittelwerth des Athemvolumen beträgt bei 0^0 und 760 mm Hg. 503 ccm. Dasselbe ist bei oronasaler Athmung grösser als bei bloss nasaler.

Der Vortheil der nasalen Athmung kann also nicht die Möglichkeit grösserer Luftverschiebung sein. Dieselbe ist im Gegentheil bei normaler Athmung noch grösser. Derselbe mag klinisch der bessere Schutz gegen Temperatur, Staub, Mikroben sein. Mechanisch sichert die nasale Athmung eine axiale Strömung in sämmtlichen drei Luftkammern. Um den axialen Strom herum ist die Luft in Ruhe oder wird bloss von gewissen Wirbeln bewegt.

Discussion:

Posthumus Meyjes fragt, wie man controlirt, ob durch Nase oder Mund geathmet wird.

Zwaardemaker antwortet, dass Mund- und Nasenathmung mittelst der Luftbrücke verglichen wurden. Die Vertheilung der Luft über Mund und Nase zeigte sich sehr veränderlich. Bei normalen Personen wurde in liegender Haltung ungefähr gleicher Durchgang gefunden.

van Leyden wundert sich, dass in warmer Luft die Nase geräumiger wurde. Wie reimt sich damit die Beklemmung, die man in einem Treibhause empfindet?

Zwaardemaker antwortet, dass die von Gevers Leuven festgestellte Thatsache nicht nur am Menschen, sondern auch am Kaninchen gefunden wurde.

Burger stimmt nicht zu, dass man aus diesen Versuchen schliessen könnte,

dass die Bedeutung der Nasenathmung nicht darin besteht, mehr Luft zuzuführen. Die willkürliche Mundathmung im Laboratorium lässt sich mit der pathologischen Mundathmung der Adenoidkranken nicht identificiren. Zweifellos kann man willkürlich durch den Mund ein ganz grosses Luftquantum inspiriren. Eine ganz andere Sache ist es, ob bei Nasenverstopfung auf die Dauer der Mundweg genügenden Raum bietet. Dagegen sprechen klinische Thatsachen, auch das Schnarchen.

Zwaardemaker erwidert, dass bei den normalen Versuchspersonen ruhige Mundathmung gleichwohl den Bedürfnissen genügte, wie ruhige Nasenathmung. Gewiss ist es möglich, dass im Schlaf bei rückwärts gesunkener Zungenbasis der Zustand sich ändert. Das ist durch diese Versuche nicht zu entscheiden.

Struycken fragt, weil Vortr. vor zu starker Nasenerweiterung gewarnt hat, welches Maass als normal zu betrachten sei. Zweifellos ist bei Asthma etc. eine sehr geräumige Nase besonders angenehm.

Zwaardemaker antwortet, dass Gevers Leuven ein Areal von 30 mm^2 für jede Nasenhälfte bei 33 normalen Personen gefunden hat.

Burger betont, dass die Versuche deshalb die pathologischen Verhältnisse nicht nachahmen, weil hier der Gaumen willkürlich, aber in unbekanntem Maasse hinaufgezogen wird. Dann bekommt man kein Bild der Stenose, welche bei Adenoidkranken gerade an der Stelle des weichen Gaumens besteht.

Zwaardemaker stimmt dieser Bemerkung zu, möchte dieselbe indessen nicht zu schwer in die Waage fallen lassen. Man kann längere Zeit ohne jegliche Beschwerde ruhig durch den Mund athmen. Er vermag in pathologischen Fällen diese Versuche nicht anzuerkennen.

IV. J. E. Grevers (Amsterdam): Ueber die Entwicklung des Gesichtsschädels und der Mundhöhle bei adenoiden Vegetationen.

Demonstration zahlreicher Projectionsbilder von Adenoid-Schädeln. Wiedergabe der Resultate zahlreicher Schädel-, Nasen-, Rachen- und Mund-Messungen. G. sucht die Ursache der adenoiden Gaumenform in durch die Zunge ausgeübten Druck.

Struycken bemerkt, dass in der geschlossenen Mundhöhle negativer Druck besteht.

Grevers erwidert, dass die Masse der Zunge bei geschlossenem Munde das Wachsthum des Oberkiefers bestimmt und dass der seitliche Druck der Zunge hier von Wichtigkeit ist.

V. H. Zwaardemaker: Die absolute Intensität der menschlichen Stimme.

Bei einer Sängerin, die durch das Aërodromometer sang, betrug die Menge der verbrauchten Luft für das „Wilhelmus van Nassoven“ 33 ccm, für ein Staccato 50 ccm pro Sec. Dies bedeutet für das „Wilhelmus“ einen Energieverbrauch von 0,45 Megaerg, für das Staccato 0,98 pro Sec.

Discussion:

Struycker, Zwaardemaker.

V. F. H. Quix (Utrecht): Sprachgehör.

VII. W. Posthumus Meyjes (Amsterdam): A. Die Wirkung der Radium-Bestrahlung.

Vorläufige Mittheilung. Bei Nasenlupus wurde in leichten Fällen Besserung erhalten; bei Ozaena war der vorläufige Erfolg gering.

Discussion:

Delsaux räth, der Bestrahlung Adrenalin-Application vorauszuschicken, wodurch die Wirksamkeit des Radium gesteigert wird. In 2 Fällen von Larynxcarcinom bekam er bedeutende Besserung; in einem Fall von Carcinom der äusseren Nase vollständige Heilung nach 10 Sitzungen von 5—10 Minuten.

Brat theilt die Erfahrung eines Collegen mit, der bei Lupus nur geringen, bei Krebs dahingegen guten Erfolg der Behandlung erlebte.

B. Syphilis der Trachea.

Ein Fall von subchordaler tertiärer, kreisförmiger, luetischer Infiltration. Nach vergeblicher Behandlung mit Schrötter'schen Bougies, Tracheotomie. Heilung ohne Narbenstenose unter specifischer Behandlung.

Discussion:

Brat empfiehlt die Bleyer'schen Dilatationsröhren.

Muyderman theilt einen ähnlichen Krankheitsfall mit.

VIII. P. J. Zaalberg (Amsterdam): Resultate der Paraffin-Behandlung bei Ozaena.

Z. verwendet für submucöse Injectionen Paraffin von 48° Schmelzpunkt. Er spritzt sowohl in die untere wie in die mittlere Muschel ein. Von Septum-Einspritzungen sah er keinen Erfolg. Die reactiven Erscheinungen sind sehr gering. Von 60 behandelten Patienten sind 20 geheilt, 35 sehr viel gebessert, 5 stationär geblieben.

IX. H. Burger (Amsterdam). Paraffinbehandlung der Ozaena.

B. hat 6 Fälle von vorgeschrittener Ozaena behandelt. Die Technik ist in diesen Fällen schwierig; die Einspritzung misslingt oft. Die wohlgelungenen Einspritzungen waren oft von bedeutenden und unangenehmen reactiven Erscheinungen gefolgt. Die Resultate waren sämmtlich wenig zufriedenstellend. Heilung oder auch Besserung hat B. in keinem einzigen Falle zu verzeichnen. Er spritzt nach Broeckaert Paraffin von 45° Schmelzpunkt bei 55° ein. Nebenhöhlenaffectionen waren vollständig ausgeschlossen.

Discussion:

Broeckaert unterscheidet 3 Grade von Ozaena. In dem leichtesten wurde immer Heilung erreicht; in dem mittleren immer subjective Besserung; in dem schweren Grade ist die Einspritzung nützlos, ja unter Umständen gefährlich. In 5 pCt. seiner Fälle trat eine secundäre Thrombophlebitis Venae facialis auf. Man soll nie vieles Paraffin auf einmal und nie unter hohem Druck einspritzen.

Struycken hat durch Einspritzung täglich nur 1 Tropfen kalten, gewöhnlichen Vaselins ohne jeden Schaden in 10—20 pCt. der Fälle Heilung erhalten.

Moll hat nur wenige Fälle behandelt, ein Mal aber Genesung erreicht mit 4 Einspritzungen.

X. Zwaardemaker. Die Stotterfrequenz in Niederland.

Z. plädirt die Ernennung einer Commission zur Vornahme einer Enquête nach der Frequenz des Stotterns in den Niederlanden.

Der Antrag wird angenommen und die Commission ernannt.

XI. J. L. Struycken: Angiom der Ohrmuschel.

XII. F. H. Quix: A. Pathologische Anatomie des Labyrinthes.

B. Demonstration von Tanzmäusen.

XIII. P. J. Zaalberg: A. Ein Fall von Struma vasculosa.

Ein Fall, der das typische Bild des Morbus Basedowi bietet.

Discussion:

Pel warnt vor Behandlung des Morbus Basedowi mit Thyreoidpräparaten.

Kan theilt einen Fall mit, bei welchem der Sympathicus auf der linken Halsseite total exstirpirt wurde, mit der Folge, dass der Exophthalmus auf dieser Seite fast ganz verschwunden und der linke Radialis nicht mehr zu fühlen ist.

B. Otogene Sinusthrombose und Extraduralabscess.

XIV. P. K. Pel (Amsterdam): Die Diagnose von Aneurysmen der Aorta.

Demonstration des Oliver-Carduelli'schen Symptomes.

XV. H. Burger (Amsterdam): A. Demonstration eines Falles von radical operirtem Kehlkopfkrebs.

Der Pat. ist $3^1/_2$ Jahre nach der Larynxexstirpation ohne Recidiv. Keine Verbindung zwischen Trachea und Rachen. Athmung ohne Canüle.

B. Demonstration eines Falles von doppelseitigem Frontalempyem, operirt nach Kuhnt.

Der Pat. ist beschwerdenfrei und geheilt.

XVI. J. C. Henkes (Amsterdam): Ein Fall von otitischem Extraduralabscess.

XVII. H. van Awcooy (Rotterdam): Ein Fall von Larynxcarcinom.

24 Stunden nach der Tracheotomie plötzlicher Tod.

Discussion:

Posthumus Meyjes schreibt anlässlich zweier Fälle von plötzlichem Tod nach der im letzten Stadium der Phthise gemachten Tracheotomie, den Exitus auf Rechnung von Shock.

Pel macht verschiedene Momente verantwortlich: den schlechten Zustand des Herzens und der Gefässe in Folge von Carcinomkachexie und das Chloroform.

Brat erwähnt den schlechten Einfluss, den die Stenose an sich auf das Herz ausübt.

XVII. P. Ph. L. Kan (Leiden): A. Otitische Sinusthrombose.

B. Ein seltener Tumor (Teratom) des Epipharynx.

Bohnenförmige Geschwulst, 2 cm lang, 1,5 cm breit, 1 cm dick, aus dem Munde eines 13 Wochen alten Kindes entfernt. Mikroskopisch waren im Tumor

Bindegewebe, Fettgewebe, Blutgefässe, glattes Muskelgewebe, zwei kleine Knochen und ein Knorpelstück und oberflächlich verhorntes mehrschichtiges Plattenepithel nachweisbar.

XIX. W. Posthumus Meyjes: Pharynxpolyp (Teratom) bei einem Säugling.

Bei einem neugeborenen Kinde hängt an einem schmalen Stiel eine mit behaarter Haut bekleidete 8 cm lange Geschwulst zum Munde heraus. Nach Abtragung mittelst Scheere und mikroskopischer Untersuchung finden sich, ausser den Elementen der Haut und des subcutanen Bindegewebes, hauptsächlich Fettgewebe um eine knorpelige Axe herum. Der Stiel enthält auch Knochen.

XX. H. J. L. Struycken: Halsdrüsenschwellung bei Rachenleiden.

S. verbreitet sich ausführlich über die Art der Lymphdrüsenschwellungen bei verschiedenen Krankheiten des Kopfes. Auch beschreibt er einige Krankheitsfälle, bei welchen, bei protahirten Infectionszuständen, die Abtragung dieser entzündeten Drüsen Heilung brachte. H. Burger.

---

c) Petersburger Verein der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfärzte.

Sitzung vom 22. Januar 1905.

Erbstein stellt einen Kranken mit Veränderungen der Luftröhre nach Tracheotomie vor. Pat. trägt eine Canüle seit etwa 8 Monaten. Jetzt bekommt Pat. jedesmal, wenn man die Canüle entfernen will, Dyspnoe.

Vortragender ist der Meinung, dass einige von den Trachealringen atrophirt sind; infolge dessen klappt die Luftröhre zusammen.

Lunin sieht die häufigste Ursache der Dyspnoe nach Entfernung von Trachealcanülen in Granulation am Ende der Canüle, dann in nervöser Beängstigung und in dritter Linie in Erweichung der Trachealringe.

Simanowski glaubt im vorliegenden Falle keine genaue Diagnose stellen zu können.

Wojatschek demonstrirt das Salpingoskop von Valentin. — Nach W. kann das Instrument auch zur Untersuchung der Nebenhöhlenöffnungen verwandt werden.

Sitzung vom 19. Februar 1905.

Hellat demonstrirt einen Knaben mit einem Wolfsrachen, der bereits einmal im Verein vorgestellt worden war. Jetzt kann man den Erfolg der Operation verfolgen. Der Knabe wurde zunächst im Verein mit Dr. Fick nach Langenbeck operirt. Der Erfolg der Operation war ziemlich gering. Nur in der Mitte des harten Gaumens hielt eine schmale Brücke.

Nach der letzten Operation, wobei das Gewebe des Septums zur Deckung der Spalte benutzt wurde, ist der Erfolg zufriedenstellend. Die Spalte ist bis auf zwei kleine erbsengrosse Oeffnungen vollständig geschlossen und der Knabe spricht bereits soweit verständlich, dass seine Rede verstanden werden kann. Nur diejenigen Buchstaben gelingen ihm schlecht, welche den Verschluss des Nasen-

rachenraumes voraussetzen. Die mangelhafte Aussprache solcher Laute hängt jedoch nicht von der Unmöglichkeit, den Nasenrachenraum abzuschliessen, ab, als vielmehr von der vorläufigen Unmöglichkeit, die Gaumenmuskulatur nach Willkür in Bewegung zu setzen.

Der Verschluss findet bei allen unwillkürlichen Bewegungen, wie beim Schlucken und Erbrechen, exact statt. Es ist also sehr wahrscheinlich, dass die Sprache sich mit der Zeit bessern wird. Es müssen nur unter sachkundiger Leitung systematische Sprachübungen stattfinden.

Die Operation bestand in Folgendem: Es wurde der laterale Rand der Spalte angefrischt, danach vom Septum entsprechend der Seite der Spalte die Schleimhaut mit Perichondrium resp. Periost abpräparirt, umgeklappt und nach unten in die Spalte gestülpt. Der Lappen heilte sehr gut an. Damit war der vorderste Winkel vollständig verschlossen. Der weiche Gaumen wurde unter Cocain genäht.

Sitzung vom 26. März 1905.

Broschniowski: Mittheilung über die Verletzung des N. laryng. inferior.

Simanowski führt aus, dass die Heiserkeit zum Symptomencomplex der Paralyse des N. laryng. infer. nicht gehöre.

Lewenson entwirft die Lebensgeschichte von Garcia nach den in der Literatur vorliegenden biographischen Notizen.

Rauchfuss macht im Anschlusse daran in animirender burschikoser Weise Mittheilung über seine ersten laryngologischen Erfahrungen und die erste laryngologische Thätigkeit in Petersburg, wie auch über seine Beziehungen zu den ersten Pionieren der Laryngologie, wie Czermak, Türck, Fauvel etc.

P. Hellat.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Unser verehrter Mitarbeiter, Dr. J. E. Moure in Bourdeaux, ist zum Professor ernannt worden. Wir statten ihm unseren herzlichen Glückwunsch zu der längst verdienten Auszeichnung ab.

IX. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Der Congress findet in der zweiten Hälfte des October in Rom statt. Folgende laryngologische und rhinologische Referate stehen auf der Tagesordnung:

Der Avellis'sche Symptomencomplex. Referenten: Professoren Poli und Strazza.

Symptome, Structur und Behandlung der endonasalen Sarkome. Referenten: Professoren Martuscelli und Calamida.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, October. 1905. No. 10.

I. Noch einmal: Die Laryngologie und die internationalen medicinischen Congresse.

Zwei Umstände veranlassen mich, wiederum auf die in diesem Blatt schon so oft erörterte Frage der Stellung der Laryngologie bei den internationalen medicinischen Congressen zurückzukommen: einmal der neue Beschluss des Lissaboner Organisationscomité's, ihre 12. Section nunmehr in drei von einander „völlig unabhängige" Subsectionen: XIIa Rhino-Laryngologie, XIIb Stomatologie, XIIc Otologie einzutheilen, und zweitens der eben erschienene Artikel Prof. C. Posner's in der Berliner klinischen Wochenschrift No. 36, 1905: „Congressfragen. Gedanken über Vergangenheit und Zukunft der internationalen medicinischen Congresse."

Ueber den Beschluss des Lissaboner Comité's können wir mit wenigen Worten hinweggehen. Nachdem so viele der angesehensten laryngologischen und otologischen Gesellschaften der Welt in bestimmter und nicht misszuverstehender Form erklärt hatten, dass sie unter keinen Umständen einer Eintheilung zustimmen würden, welche diesen beiden Zweigen eine anderen anerkannten Specialitäten gegenüber untergeordnete Stellung zuwiese, gehörte in der That ein seltener Grad von Verblendung dazu, uns mit diesem neuen Vorschlag zu kommen, welcher ebenso hartnäckig den Beschluss aufrecht erhält, uns in die demüthigende Stellung von Subsectionen herabzudrücken, wie uns in den ganz ungehörigen Sectionsverband mit der Zahnheilkunde hineinzuzwingen! — Unsere Antwort ist selbstverständlich ein unbedingtes „Nein!" —

Es erscheint überflüssig, das der ärztlichen Wissenschaft ganz unwürdige Markten und Feilschen oder den schwächlichen Eigensinn des Lissaboner Comité's zu beleuchten, welches es augenscheinlich für einen Beweis von Gesinnungstüchtigkeit hält, lieber einen Theil der ihm anvertrauten Aufgabe zu ruiniren, als offen einzugestehen, dass ein Fehler begangen worden sei und denselben noch rechtzeitig gut zu machen.

Jetzt ist es überhaupt zu spät geworden, noch etwas wirklich Gutes zu Stande zu bringen, und ich wünsche, diese Seite der Frage hier ausdrücklich zur Sprache zu bringen, um allen Eventualitäten vorzubeugen. Selbst wenn das Lissaboner



Comité in elfter Stunde nachgäbe und uns gnädigst die Stellung zurückerstattete, die es uns so willkürlich geraubt hat, so würde die Zeit bis zum Datum des Congresses nicht mehr ausreichen, um ein Programm herzustellen und zur Ausführung zu bringen, welches die Leistungen der Laryngologie bei den früheren Congressen erreichte. Ich weiss, dass dem so ist, aus meiner practischen Erfahrung als Secretär der laryngologischen Abtheilung des Londoner Congresses von 1881, welche mich gelehrt hat, dass zum mindesten ein volles Jahr angestrengter Arbeit des Sectionsbüreaus dazu gehört, die Vorarbeiten für die Sectionsthätigkeit in wirklich befriedigender Weise zu erledigen. Es erscheint nothwendig, dies schon jetzt zu betonen, um für den Fall, dass im letzten Augenblick der Laryngologie und Otologie die ihnen gebührenden Stellungen znrückgegeben würden, und dass nunmehr naturgemäss ihre Leistungen hinter denen früherer Congresse zurückblieben, hierfür den Eigensinn des Comité's, nicht aber eine angeblich ungenügende Leistungsfähigkeit der beiden Specialitäten verantwortlich zu machen! —

Ist somit jede Hoffnung auf eine angemessene Vertretung der Laryngologie bei dem Lissaboner Congresse ausgeschlossen, so müssen wir um so mehr danach trachten, solche Vorgänge, wie sie sich bei den meisten der früheren Congresse und jetzt wieder bei dem bevorstehenden abgespielt haben, für die Zukunft unmöglich zu machen. Bekanntlich haben wir dies bereits bei Gelegenheit des internationalen Congresses zu Paris im Jahre 1900 versucht, indem wir, d. h. die Laryngologen und Otologen der Welt, unsere bezüglichen Beschlüsse dem Generalsecretär des Pariser Congresses zur Uebermittelung an seinen Nachfolger einhändigten. Damit glaubten wir den immer und immer wiederholten Scherereien, die uns bei diesen Gelegenheiten aufgezwungen worden waren, für alle Zukunft den Boden entzogen zu haben. Wenn wir uns in dieser Hoffnung getäuscht haben, so war die Schuld nicht die unsere. Wir lebten des natürlichen und guten Glaubens, dass man nicht bei jedem dieser Congresse wieder von vorne anfinge, dass eine innerliche Continuität bestünde, dass die bei einem dieser Congresse deutlich und dringend ausgesprochenen Wünsche zweier wichtiger Zweige der Medicin betreffs der Form ihrer Vertretung bei diesen Gelegenheiten unmöglich schon beim nächsten Congresse einfach ignorirt werden könnten! —

Bittere Erfahrung hat uns belehrt, dass unser frommer Glaube ein kindlicher war. Für die jeweiligen Machthaber existirt offenbar weder eine Geschichte der Entwickelung der ihnen ganz temporär anvertrauten Institution, noch eine Berücksichtigung der legitimen Wünsche derjenigen, für welche sie organisiren! —

Hier setzt der glänzende Artikel Professor Posner's ein, dessen ich im Eingange gedachte. Der Verfasser geht davon aus, dass wer immer sich mit der Frage der Organisation allgemeiner medicinischer Congresse zu beschäftigen habe, nicht umhin können werde, „zu einigen principiellen Punkten Stellung zu nehmen, die gerade in letzter Zeit wiederholt Gegenstand lebhaftester Erörterung gewesen sind“. Erst vor kurzem habe Waldeyer sich hierzu eingehend geäussert und das im Folgenden Auszuführende schliesse sich zum Theil eng seinen Darlegungen an.

Posner's Artikel zerfällt in drei Theile. Im ersten präcisirt er in gedrängter Kürze die Zwecke und Ziele der internationalen medicinischen Congresse und

schildert die Veränderungen in ihrer Organisation, die sich naturgemäss im Laufe der Zeit herausgebildet haben. Im zweiten zeigt er an der Hand der Schicksale der laryngologischen Section, in welcher Weise die unbeschränkte Machtvollkommenheit der jeweiligen Organisationscomité's mit den Wünschen und berechtigten Forderungen einzelner Specialitäten zum Schaden des Ganzen in Conflict kommen kann und thatsächlich gekommen ist. Im dritten macht er Vorschläge, wie diesen bedauerlichen Vorkommnissen abzuhelfen und die Lebensfähigkeit der ganzen Institution zu erhalten sei. Der ganze Artikel ist im höchsten Grade lesens- und beherzigenswerth und sein Studium im Original sei allen Lesern des Centralblatts wärmstens empfohlen.

Wenn ich hier den ganzen mittleren Theil des Artikels abdrucke, obwohl die historische Darstellung desselben nichts enthält, das unseren Lesern nicht schon bekannt wäre, so geschieht es, weil ich in den Spalten des Centralblatts ein Document von grossem Werthe für die Geschichte der Laryngologie aufzubewahren wünsche. Denn ein solches Document ist Posner's Schilderung. Sie zeigt, welchen Eindruck die Schicksale unserer Specialität bei diesen Gelegenheiten auf einen ebenso unbefangenen wie competenten Beurtheiler gemacht haben, und seine Kritik des Vorgehens des Lissaboner Comité's ist bei aller Ruhe und Zurückhaltung der Darstellung die denkbar vernichtendste.

Dies ist, was Posner sagt:

„Seitdem man überhaupt angefangen hat, auch auf den internationalen Congressen die Abtheilungen einzuführen, ist es, gerade wie bei unseren Naturforscherversammlungen, stets Gegenstand lebhafter Erörterung gewesen, wie weit man hier dem Bedürfniss nach Specialisirung entgegenkommen soll; Zahl und Eintheilung der Sectionen haben hier wie dort unaufhörlich gewechselt. Das kann auch Niemanden wundern, der die Entwickelung der modernen Medicin verfolgt. Nicht nur tritt überhaupt die Nothwendigkeit der Arbeitstheilung immer stärker hervor — und es würde ganz gewiss vergebene Mühe sein, wollte man diese Bewegung zu hemmen suchen — auch die Werthschätzung, die Präponderanz der einzelnen Arbeitsgebiete ist ständigem Wechsel unterworfen. Anfangs wurden als Specialfächer — neben den grossen Gruppengebieten, wie Innere Medicin, Chirurgie, Gynäkologie — wesentlich nur Augen- und Ohrenheilkunde anerkannt; dann tauchen neue Abzweigungen auf, theils bleibende, theils wohl auch solche, die nach einiger Zeit wieder resorbirt werden. So hatte z. B. der Berliner Congress 1893 Abtheilungen für orthopädische Chirurgie und für Eisenbahnhygiene, die anderswo wieder mit Chirurgie bezw. Hygiene verschmolzen wurden. Man würde sich heut nicht wundern, wenn z. B. eine neue Section für Radiologie gefordert würde, an deren Möglichkeit noch vor 10 Jahren Niemand gedacht hätte. Auch manche „Grenzgebiete" äussern den Wunsch, unter sich zu bleiben; auf dem Pariser Congress gab es zum ersten Mal, offenbar unter dem Einfluss der blühenden Schule Felix Guyon's, eine besondere urologische Section. Und ob verschiedene, jetzt noch zusammengehörige Disciplinen, wie z. B. Neurologie und Psychiatrie, Dermatologie und Syphilidologie, nicht noch ebenso auseinandergehen werden, wie erst vor verhältnissmässig kurzer Zeit Anatomie und Physiologie, Hygiene und gerichtliche Medicin, ist noch nicht abzusehen."

„Am merkwürdigsten in dieser Beziehung sind die Schicksale der laryngologischen Section, auf die auch Waldeyer in dem angezogenen Aufsatz exemplificirt. Man kann nicht umhin, auf diese Verhältnisse näher einzugehen, da hier Dinge von principieller Bedeutung zur Frage stehen, die keineswegs bloss die Specialisten für Laryngologie angehen, sondern von allgemeiner Wichtigkeit sind."

„Wer sich über die bisherigen Geschehnisse unterrichten will, durchblättere die Jahrgänge des Internationalen Centralblatts für Laryngologie, in dem nicht nur alle Phasen des bisherigen Kampfes mit archivalischer Treue verzeichnet sind, welches vor allen Dingen auch selber in unermüdlicher und bis jetzt auch stets erfolgreicher Weise für die Unabhängigkeit der Section eingetreten ist; in zahlreichen sehr lesenswerthen Artikeln hat der Herausgeber, Sir Felix Semon, immer aufs neue in überzeugender Weise deren Berechtigung dargethan, bis er sich diesmal für „müde des Kampfes" erklärt hat. Der historische Gang ist kurzgefasst bisher folgender: Auf dem Londoner Congress, 1882, tagen die Laryngologen noch als Subsection der inneren Medicin; in Kopenhagen (1884) bilden sie eine eigene Section; in Washington (1887) bleiben, infolge der bekannten Schwierigkeiten der amerikanischen Organisation, die meisten europäischen Laryngologen überhaupt aus; in Berlin (1890) wird widerspruchslos eine Vollsection (unter B. Fränkel's Vorsitz) gebildet. In Rom (1894) war Verschmelzung mit der otologischen Section geplant — infolge lebhaften Widerspruches, namentlich der deutschen Laryngologen, wird dann eine eigene Section zugestanden. In Moskau (1897) versucht man, die Laryngo-, Oto- und Odontologie als eine Subsection der chirurgisch-ophthalmologischen Abtheilung anzugliedern — auf vielfachen Einspruch (an dem auch unsere Wochenschrift sich betheiligte) werden dann besondere Sectionen für Laryngologie und Otologie begründet. In Paris sollen wieder Otologie einerseits, Laryngo-Rhinologie andererseits als Subsectionen tagen, auch hier werden dann besondere Vollsectionen concedirt. Von hier aus setzt schliesslich eine allgemeinere Bewegung der laryngologischen Sectionen und Gesellschaften ein: beide Sectionen (laryngologische und otiatrische) beschlossen, auch in Zukunft ihre Selbstständigkeit zu wahren, fassten dahingehende Beschlüsse und übergaben dieselben ordnungsmässig dem Congressvorstand zur weiteren Uebermittelung an den Generalsecretär des nächsten Congresses; im gleichen Sinne sprachen sich die meisten laryngologischen Gesellschaften aller Länder aus. Madrid beachtete zunächst diese Meinungsäusserung nicht, setzte dann aber doch zwei getrennte Sectionen ein. Das Lissaboner Organisationscomité hat dann wieder Subsectionen vorgesehen: zunächst eine oto-laryngo-rhinologische und eine „stomatologische", von der man, da es sich doch auf gut Deutsch um die Zahnheilkunde handelt, nicht recht einsieht, wie sie zu dieser Placirung kommt; und diesmal hat sich der Conflict bedauerlicherweise scharf zugespitzt. Die englischen und deutschen laryngologischen Gesellschaften haben beschlossen, von dem Besuch des Congresses unter diesen Umständen überhaupt abzusehen, und ihre Vertreter im englischen und deutschen Nationalcomité — Sir Felix Semon und Geh. Rath B. Fränkel, beides Männer, die an der Entwickelung der internationalen Congresse erfolgreichen Antheil ge-

nommen haben — haben in Consequenz dieses Beschlusses ihre Mandate in denselben niedergelegt. Mit diesem Rücktritt der Kehlkopfspecialisten aus den allgemeinen internationalen Congressen ist dann bereits auch die Idee besonderer, internationaler Laryngologenversammlungen wieder aufgetaucht, deren unabhängige Existenz der allgemeinen Sache gewiss Abbruch thun würde. In letzter Stunde hat freilich das Organisationscomité noch ein Entgegenkommen insofern bewiesen, als es die Verbindung der Laryngologie mit der Otiatrie gelöst und drei „selbstständige Subsectionen", Rhinolaryngologie, Otiatrie und abermals Stomatologie geschaffen hat. Ob dieser Vorschlag, der immer noch hinter dem zurückbleibt, was auf den früheren Congressen verlangt und zugestanden wurde, die Billigung der betheiligten Kreise finden wird, ist vorläufig noch nicht zu sagen, aber nach allem Vorangegangenem und soweit meine persönlichen Informationen reichen, nicht gerade wahrscheinlich."

„Nun kann es vielleicht dem Gros der Aerzte ziemlich gleichgültig sein, ob die Laryngologen eine selbstständige Section oder eine Subsection bilden, ob sie mit der Otiatrie oder der Rhinologie zusammentagen. Man kann auch zugestehen, dass die Abgrenzung gerade dieser Specialitäten gegeneinander nicht leicht ist; die Rhinologie wird von den beiden anderen in Anspruch genommen, und in praxi betreiben — ein besonders oft gehörter Grund — in der That sehr viel Aerzte alle drei Fächer gemeinsam*). Aber was hier zur Frage steht, ist doch ganz etwas Anderes. Zugegeben, dass die Abgrenzung Schwierigkeiten macht. Es fragt sich nur, bei wem soll die Entscheidung liegen? Soll diese vom grünen Tisch eines Bureaus aus getroffen werden, oder soll nicht vielmehr, bei einer im Wesentlichen doch autonomen Versammlung, wie sie unsere Congresse darstellen, der immer wieder und in feierlichster Weise bekräftigte Wille der Nächstbetheiligten selbst maassgebend sein?

„Die Laryngologen sind in der glücklichen Lage, sich hierauf berufen zu können. Seit 20 Jahren haben sie ihre Selbstständigkeit auf den Congressen durchgefochten, haben stets wohlbesuchte und lebhaft arbeitende Sectionen gehabt, und haben in ganz formeller Weise ihre Wünsche, dass diese Selbstständigkeit auch fürder geachtet werde, den zuständigen Stellen der Congressorganisation übermittelt; eine allgemeine Abstimmung fast aller Fachgenossen hat mit überwältigender Mehrheit immer wieder das gleiche Verlangen gestellt. Warum nun dieser Forderung jetzt so ablehnend entgegentreten?"

„Das Comité in Lissabon hatte den Wunsch, die in der That etwas complicirt gewordene Organisation zu vereinfachen, Zusammengehöriges wieder zusammenzulegen. Wenn man's so hört, möcht's leidlich scheinen — aber die ganze Erfahrung aller früheren Congresse spricht doch dafür, dass sich Disciplinen, die ihre Trennung wünschen, nicht so ohne weiteres gegen ihren Willen wieder zusammenschweissen lassen. Die Arbeitsfülle aller einzelnen Sectionen ist dauernd angewachsen, zu ihrer Bewältigung ist die verfügbare Zeit knapp ausreichend — zwingt man die Mitglieder, Vorträge zu hören, die einem anderen

*) Vergl. hierzu, ausser Semon's verschiedenen Artikeln, den Aufsatz von Waldeyer, l. c.



Specialfach entnommen sind, so ertödtet man lediglich das Interesse, den Arbeitseifer, unterbindet mehr und mehr fruchtbare Discussionen. Dass und wie sich Grenzgebiete auch ohne solchen künstlichen Zwang zu gemeinsamer Thätigkeit vereinigen lassen, lehrt am besten wiederum das Beispiel der deutschen Naturforscherversammlung, wo, unbeschadet der Selbstständigkeit der Sectionen, solche Themata in gut besuchten und oft sehr wichtigen „combinirten Sitzungen" verhandelt werden. In deren Vorbereitung, in sorgsamer Auswahl der Tagesordnungen würde die Thätigkeit der Organisationscomité's ein lohnenderes Feld finden als in solchen, gegen den Willen der Majorität durchgesetzten Maassregeln!"

„Und selbst, wenn die Majorität im Unrecht wäre, wäre es nicht tactisch richtiger gewesen, von vornherein ihren so oft geäusserten Willen anzuerkennen, statt sich eine grosse Anzahl angesehener, leistungsfähiger Mitarbeiter zu entfremden und diesen die gemeinschaftliche Thätigkeit auf dem Congress zu verleiden?"

Die Laryngologie wird Prof. Posner für immer zu Dank für diese freimüthigen Ausführungen verpflichtet sein. Und ich persönlich brauche wohl nicht zu sagen, mit welcher Genugthuung mich dieselben erfüllt haben. Denn sie enthalten die Anerkennung der Berechtigung des Standpunktes, denn ich seit einundzwanzig Jahren in diesem Blatte vertreten habe, die Billigung der Entschiedenheit meines Protestes gegen die Willkürlichkeit des Lissaboner Comité's. Da finden wir die Zustimmung zu unserem „ordnungsmässigen" Vorgehen bei Gelegenheit des Pariser Congresses, das Erstaunen über das Zusammenkoppeln der Laryngologie mit der Zahnheilkunde, das Bedauern, dass die Haltung der Lissaboner Herren zur Gründung besonderer internationaler Laryngologenversammlungen führen dürfte, „deren unabhängige Existenz der allgemeinen Sache gewiss Abbruch thun dürfte", die Verwunderung darüber, warum man unserer berechtigten Forderung um Beibehaltung unserer mit Ehren innegehabten Stellung so ablehnend entgegentrete, die Voraussetzung, dass das neuerliche „Entgegenkommen" des Organisationscomités, das so weit hinter dem zurückbleibt, was wir besessen haben, kaum unsere Billigung finden würde. Und vor allem die Erörterung der Frage, ob Macht vor Recht gehen solle, ob die Entscheidung „vom grünen Tisch eines Bureaus aus getroffen" oder ob nicht vielmehr „der immer und immer wieder und in feierlichster Weise bekräftigte Wille der Nächstbetheiligten selbst maassgebend sein solle"? Wie die Redaction des British Medical, wie Wilhelm Waldeyer vor ihm, so frägt jetzt der Redacteur der Berliner klinischen Wochenschrift, ob, selbst wenn wir im Unrecht gewesen wären, es nicht tactisch richtiger gewesen wäre, von vornherein unseren so oft geäusserten Willen anzuerkennen, statt sich eine grosse Anzahl angesehener, leistungsfähiger Mitglieder zu entfremden und diesen die gemeinschaftliche Thätigkeit auf dem Congress zu verleiden? —

Zwei Dinge muss ich hier nochmals zur Sprache bringen, wenn sie auch schon oft in diesen Spalten erörtert worden sind: die Frage, ob es sich für uns um einen blossen Titel- und Etikettenstreit handelt, und die Schwierigkeit der Entscheidung, wie angesichts unserer eigenen inneren Spaltungen das Verhältniss der Laryngologie zur Otologie bei Gelegenheit der internationalen medicinischen Congresse zu behandeln sei.

Mit Bezug auf die erstgenannte Frage kann ich wahrheitsgemäss berichten, dass es sich für uns um viel mehr handelt, als um eine leere Titulatur. Obwohl wir in diesem Jahre das fünfzigjährige Jubiläum der Laryngologie gefeiert haben, sind wir in aller Herren Ländern weit entfernt davon, diejenige Stellung einzunehmen, die unserer Specialität nach unseren wissenschaftlichen Leistungen gebührt. Wenn auch nicht selten einzelne Laryngologen es vermocht haben, sich angesehene Stellungen zu erringen, so ist dies nur kraft ihrer Individualität geschehen, und ihre Position ist eine durchaus persönliche geblieben. Sowie es sich um eine allgemeine Anerkennung unserer Specialität handelt: um die Gründung ordentlicher Professuren, um die Gleichstellung der Laryngologen mit den Angehörigen anderer Fächer an demselben Hospital, um die Dotirung laryngologischer Kliniken, um die Berücksichtigung der Laryngologie bei den Prüfungen, beginnen die Schwierigkeiten und — Nörgeleien! — Ich weiss das nicht nur aus den Schmerzensrufen, die mir als Herausgeber des Centralblatts seit mehr als zwanzig Jahren vertraulich von einer beträchtlichen Anzahl unser besten Männer aus den verschiedensten Ländern zugegangen sind; ich weiss es auch aus der Schwierigkeit und Bitterkeit der Kämpfe, die ich persönlich behufs besserer Würdigung unseres Faches in England zu bestehen gehabt habe. Wie kann man von uns unter diesen Umständen erwarten — so frage ich jeden unbefangenen Aussenstehenden — dass wir unsere Zustimmung dazu geben, bei Gelegenheit der internationalen Congresse auf ein Niveau herabgedrückt zu werden, das dem anderer anerkannten Specialitäten, wie der Neurologie, der Dermatologie, der Ophthalmologie, der Pharmakologie, der Gynäkologie etc. etc., öffentlich und feierlichst untergeordnet wird? — Das würde unseren Gegnern eine Waffe gefährlichster Art in die Hand liefern! — „Wie können Sie von von mir erwarten, verehrtester Herr“ — so höre ich einen vortragenden Rath irgend eines Cultusministeriums dem Laryngologen antworten, der bei ihm um die Gründung einer laryngologischen Professur an einer Universität vorstellig wird — „dass ich Ihr Gesuch unterstütze, wo Ihre eigenen Berufsgenossen noch beim letzten internationalen medicinischen Congresse gezeigt haben, was sie von ihrem eigenen Fache denken, indem sie dasselbe, entgegengesetzt der Stellung aller anderen Specialitäten, in eine Subsection verwiesen, und Sie diese Stellung widerspruchslos acceptirt haben?“ — Was soll der Petent darauf antworten? — Nein, wir dürfen nie und nimmermehr zu einer Herabwürdigung unseres Faches unsere Zustimmung geben, wäre es nicht aus Selbstachtung, so schon aus Rücksicht auf unsere wichtigsten practischen Interessen! Und darum ist die Frage der Stellung der Laryogologie bei den internationalen Congressen für uns weit mehr als eine leere Titelfrage oder als eine Frage beleidigter Eitelkeit! —

Was zweitens das Problem anbelangt: soll die Laryngologie bei diesen Gelegenheiten mit der Otologie verschmolzen werden, oder sollen die bisher bestandenen zwei getrennten Sectionen bestehen bleiben, so möchte ich mit ganz besonderer Wärme die Aufmerksamkeit unserer Leser auf die letzten Abschnitte der oben citirten Posner'schen Ausführungen lenken, die sich so völlig mit dem decken, was Waldeyer, was auch ich über diese unzweifelhaft sehr schwierige Frage ausgeführt haben. Es ist in diesem Blatte vor einiger Zeit, so weit ich mich er-

innere*), klipp und klar von Burger gesagt worden, dass es nur Rücksicht auf verdiente, ältere Fachgenossen, die als reine Laryngologen oder als reine Otologen practicirten, gewesen sei, welche die jüngere Generation bisher verhindert habe, für eine Verschmelzung beider Fächer in eine einzige Section zu plaidiren. Ich habe damals sofort erwidert, dass, so gerne ich diese Rücksichtnahme anerkennte und so unleugbar diese persönliche Seite der Frage ernste Erwägung verdiene, sie doch meiner Ansicht nach der sachlichen ganz untergeordnet sei. Aber es ist vom sachlichen Standpunkt, dass ich nach wie vor für die Beibehaltung der beiden getrennten Sectionen eintrete! Was Posner**) jetzt so eindringlich sagt: „Die Arbeitsfülle aller einzelnen Sectionen ist dauernd angewachsen, zu ihrer Bewältigung ist die verfügbare Zeit knapp ausreichend (!) — zwingt man die Mitglieder Vorträge zu hören, die einem anderen Specialfach entnommen sind, so ertödtet man lediglich das Interesse, den Arbeitseifer, unterbindet mehr und mehr fruchtbare Discussionen" — das trifft für keine Section besser zu als für die laryngologische, und das ist der Grundgedanke, das Thema meiner eigenen früheren bezüglichen Ausführungen gewesen; das ist auch heute noch, trotz aller inzwischen erfolgten gegentheiligen Erörterungen und Vorschläge, meine feste Ueberzeugung! — Wenn man sich erinnert, dass die internationalen Congresse nur einmal alle drei Jahre tagen, dass die Arbeitszeit sich auf sechs Tage beschränkt, dass die Erfahrung gezeigt hat, dass an jedem Tage nur eine allgemeine Discussion stattfinden kann, will man die Zahl der privaten Vorträge nicht ungebührlich beschränken, so folgt daraus mit logischer Nothwendigkeit, dass, wenn man die Laryngo-Rhinologie mit der Otiatrie in eine einzige Section verschmilzt, in summa zwei laryngologische, zwei rhinologische, zwei otologische allgemeine Discussionen stattfinden können! — Und das soll bei der einzigen Gelegenheit, die wir haben, die uns derzeit bewegenden Fragen im internationalen Kreise zu discutiren, für den Fortschritt unserer Wissenschaft innerhalb dreier Jahre genügen? — — Ich glaube nicht, dass der begeistertste Anhänger der Verschmelzung diese Frage bejahend beantworten kann. Schon bei den bisher bestehenden beiden Sectionen war die Zeit oft viel zu knapp — ich habe wiederholt den Sitzungen präsidirt und weiss, welche Schwierigkeiten es machte, das Material zu erledigen, wie viel persönliche Unzufriedenheit sich beeinträchtigt glaubender Vortragender und Redner erregt wurde —; beschränkt man diese Zeit, wie dies bei einer Verschmelzung beider Sectionen unvermeidlich wird, auf die Hälfte, so verdoppelt man die Arbeitslast des Bureaus, dem die unerfreuliche Aufgabe zufallen wird, vieles Gute wegen Zeitmangels zurückzuweisen, und die Zahl der Unzufriedenen, während man die Gelegenheit, wichtige Fragen ihrer Lösung näher zu führen, vorübergehen lässt. Auf solche Weise werden gute, lebensfähige Institutionen vernichtet! —

Andererseits ist und bleibt mir die Haltung derjenigen unverständlich, die auf eine Verschmelzung dringen, weil sie „Alles" geniessen wollen, das bei

*) Vergl. die folgende Anmerkung.

**) Ich kann leider Waldeyer's gleichartige Worte hier nicht citiren, da ich diesen Artikel während meiner Ferien fern von jeder Möglichkeit von Literaturbenutzung schreibe.

diesen Gelegenheiten dargeboten wird. Ich will nicht oft in diesem Blatte Gesagtes wiederholen und nicht von neuem erörtern, ob es recht und billig sei, dass einer Seite die Hälfte ihrer Arbeitszeit entzogen werde, damit die andere „Alles" zu geniessen bekomme. Für mich ist die Thatsache entscheidend, dass eine Verschmelzung der beiden Sectionen, wie oben gezeigt, die Arbeitsmöglichkeit auf die Hälfte reduciren und damit dem Fortschritt der Wissenschaft hindernd in den Weg treten würde. Auch vermag ich es ganz und gar nicht als einen Nachtheil anzuerkennen, dass diejenigen, welche die Laryngologie und Otologie gemeinsam betreiben, die Auswahl haben, welcher der beiden Sectionen sie beiwohnen wollen. Den beiden einzigen dagegen immer wieder beigebrachten Argumenten: dass mit dem Hin- und Herrennen zwischen den Sitzungsräumen beider Sectionen kostbare Zeit verloren gehe, und dass zwei für alle Betheiligten gleich interessante Discussionen gleichzeitig in beiden Sectionen angesetzt werden möchten, kann ich wirklich keinen grossen Werth beimessen. Beide lassen sich bei nur einigermaassen geschickter Organisation entweder gänzlich vermeiden oder auf ein Minimum reduciren.

Und hier komme ich auf den dritten Theil des Posner'schen Artikels. Von Herzen stimme ich ihm darin bei, dass alle, oder wenigstens fast alle Uebelstände, die sich bei den internationalen Congressen herausgestellt haben, auf mangelhafte Organisation zurückzuführen sind! Es muss für die Zukunft vermieden werden, dass „einschneidende Bestimmungen einseitig von einer Stelle aus getroffen werden, die vorübergehend mit fast unbeschränkter Macht verfügen kann". Das ist es ja, wogegen ich ich in diesem Blatte immer und immer wieder protestirt habe, dass kleine Tyrannen die ihnen ganz zeitweilig anvertraute Aufgabe zu Entscheidungen willkürlichster Art missbrauchen! Posner erinnert sehr richtig daran, dass die Comité's früherer Congresse nicht immer eine „glückliche Hand" bei der Berufung der Referenten und der Vergebung der Ehrenämter bewiesen hätten. Auch wir Laryngologen wissen hiervon ein Liedchen zu singen! — Aber wie unbedeutend ist das gegenüber der Thatsache, dass einmal nach dem anderen der Versuch gemacht werden konnte, die gesammte Laryngologie aus den trivialsten, rein localen Gründen ihrer durch ehrliche Arbeit erworbenen Stellung innerhalb der Gesammtwissenschaft zu berauben! — Man erinnere sich nur: in London erhielten wir nur eine Subsection, weil der derzeit hervorragendste englische Laryngologe persönlich unpopulär war; in Kopenhagen sollten wir mit den Otologen zu einer Section verschmolzen werden, weil eine zum Präsidenten der laryngologischen Section geeignete Persönlichkeit nicht vorhanden war; in Washington wurde der gleiche Versuch gemacht, weil der bereits erwählte Präsident der laryngologischen Section mit Homöopathen consultirte; in Moskau sollten wir gar mit den Zahnärzten zusammengeschweisst werden, weil an der Universität Moskau keine Professur für Laryngologie existirte! — Was in aller Welt haben diese jämmerlichen localen und persönlichen Gründe mit der Stellung einer anerkannten Specialität innerhalb des Rahmens der Gesammtwissenschaft zu thun? —

Um der Wiederholung solcher Vorkommnisse, welche wahrlich nicht der Medicin zur Ehre gereichen, vorzubeugen, macht Posner folgenden Vorschlag:

„Es muss eine auch in der **Zwischenzeit** zwischen den Congressen bestehende Einrichtung, eine Art von **permanentem Bureau** geschaffen werden, welche dem jeweiligen Organisationscomité zur Seite steht und, weil internationalen Charakters, in Zweifel- und Streitfällen geradezu den Ausschlag zu geben hätte.“ Ein solches permanentes Bureau, das „die Continuität der Gesellschaftsarbeit“ wahren würde, wäre nach Posner ohne weiteres aus den Vorständen der bereits bestehenden Nationalcomité's der einzelnen Länder zu bilden, während auch die internationationale Vereinigung der medicinischen Presse für eine solche permanente Einrichtung mit Vortheil herangezogen werden könnte.

Ich halte diesen Gedanken Posner's — die Details können leicht weiterer Vereinbarung überlassen werden — für einen überaus glücklichen, und hoffe, dass sein Urheber schon auf dem Lissaboner Congress für seine Verwirklichung eintreten wird. Der herzlichen Zustimmung der Laryngologen darf er sicher sein. Das glaube ich im Namen meiner Specialität nach der Zustimmung, die meine Anschauungen bisher im Kreise meiner Specialcollegen gefunden haben, versichern zu dürfen. Nicht nur ich, wir alle sind dieser immer wiederholten, demüthigenden Kämpfe um unsere Selbstständigheit und Würde herzlich müde, und werden mit Freuden eine Einrichtung begrüssen, die uns dieselben für die Zukunft erspart. Aufgabe der Laryngologen wird es allerdings sein, wenn der Posner'sche Vorschlag, wie ich sicher hoffe, acceptirt werden sollte, dahin zu wirken, dass in jedem Landescomité zum mindesten ein führender Laryngologe sitzt, um den Wünschen und Anschauungen im Landescomité Ausdruck zu verleihen, und es dem Vorsitzenden des betreffenden Comités zu ermöglichen, später als Mitglied des permanenten Comité's mit Nachdruck für verständige Forderungen der Laryngologie einzutreten! — Ich habe bereits wiederholt darauf aufmerksam gemacht, dass es Sache der Laryngologen des betreffenden Landes, in welchem der nächste internationale Congress abgehalten würde, sein müsse, noch ehe das Organisationscomité seine bezüglichen Beschlüsse veröffentlichte, dafür zu sorgen, dass der Laryngologie bei dem Congress eine würdige Stellung eingeräumt würde! Ich fürchte aber nach den in Madrid und Lissabon gemachten Erfahrungen, dass diese Mahnung ungehört verhallt ist. Möge diesem neuen Aufruf ein besseres Schicksal beschieden sein! Das alte Sprüchwort sagt: „Gott hilft denen, die sich selbst helfen.“ Die ganze gegenwärtige Bewegung ist ein neuer Beweis für seine Richtigkeit. Seit die Laryngologen angefangen haben, sich für die öffentlichen Interessen ihrer Specialität zu interessiren, seit nicht nur einzelne Individuen, sondern auch die laryngologischen Gesellschaften mit Nachdruck für diese Interessen eingetreten sind, hat sich die Aufmerksamkeit auch weiterer Kreise auf das uns wiederholt zugefügte Unrecht gelenkt, haben wir sympathische und einflussreiche Freunde gefunden, die uns in unserer Abwehr thatkräftig unterstützen. Immer aber müssen wir selbst auf dem „Qui vive“ stehen, einmüthig zusammenhalten vor dem gemeinsamen Gegner, auch wenn kleinere Meinungsverschiedenheiten unter uns selbst bestehen, billig denkende Freunde in anderen Kreisen der Medicin für die Gerech-

tigkeit unserer Sache interessiren! Da kann jeder Laryngologe mithelfen und ich hoffe er wird es! —

Denjenigen Freunden aber, die schon jetzt so warm für unsere gute Sache eingetreten sind: den Herren Geh. Rath Waldeyer, Prof. Posner und der Redaction des „British Medical Journal" sei der Ausdruck unseres herzlichsten Dankes dargebracht. Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals, Instrumente.

1) J. J. Kyle. **Sir Felix Semon über die Beziehungen der Laryngologie, Rhinologie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften. (Sir Felix Semon on the relations of Laryngology, Rhinology and Otology to other arts and sciences.)** *Indiana Medical Journal. December 1904.*

Ein Auszug aus dem vor dem Congress für Künste und Wissenschaften in St. Louis gehaltenen Vortrag. (Cfr. Centralbl. Bd. XX. S. 481.) EMIL MAYER.

2) R. Spira. **Bericht über die Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums des israelitischen Spitales in Krakau in der Zeit vom 1. Januar bis zum 31. December 1904.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 5. 1905.*

Statistischer Bericht und Erwähnung einiger interessanter casuistischer Fälle. HECHT.

3) Schröder (Schöneberg). **Sechster Jahresbericht der neuen Heilanstalt für Lungenkranke zu Schöneberg, O.-A. Neuenburg, nebst Bemerkungen zur Behandlung der oberen Luftwege des Phthisikers.** *Med. Correspondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins. No. 13. 1905.*

Unter den 258 Kranken waren 34 Fälle mit Larynxtuberculose. Unter den nicht tuberculösen Affectionen der oberen Luftwege, die sich bei Phthisikern so sehr häufig finden, spielen die chronischen Schleimhautkatarrhe die erste Rolle. Schr. erklärt besonders die Nasenbehandlung für wichtig, um die Luftpassage freizumachen. Grössere Eingriffe und sogar Aetzungen der Schleimhäute sollten bei Fiebernden vermieden werden, da sie nur Verschlimmerungen des Allgemeinbefindens zur Folge haben. Ueberhaupt ist eine weise Mässigung in der Therapie der Erkrankungen der oberen Luftwege beim Lungenkranken geboten. SEIFERT.

4) A. Loewy und H. von Schrötter. **Untersuchungen über die Blutcirculation beim Menschen.** *Mit 3 Tafeln, 10 Figuren und 5 Curven im Texte. Berlin 1905. Verlag von Aug. Hirschwald.*

Bei Patienten, die an bronchoskopische Untersuchungen gewohnt waren, wurde eine Sonde in den Hauptbronchus eines Lungenlappens gebracht und dieser

Bronchus dann durch einen aufblasbaren Tampon abgesperrt. Das abgesperrte Luftvolumen gab an das vorüberströmende Blut so lange Sauerstoff ab und nahm Kohlensäure aus demselben auf, bis sich die Spannungen der in dem Blute und in dem Luftvolumen enthaltenen Gase ausgeglichen hatten. Nach einigen Minuten sank der Sauerstoffgehalt der durch den Lungenkatheter abgesperrten Luft auf den sich constant bleibenden Werth von 4—8 pCt.; er stand somit jetzt im Spannungsgleichgewicht mit dem in die Lungen eintretenden venösen Blut, dessen absoluter Sauerstoffgehalt sich nunmehr berechnen liess. Aus der Differenz des Sauerstoffgehalts im Arterien- und Venenblut ergiebt sich nun, wieviel Sauerstoff von 100 ccm Blut in den Lungen aufgenommen wird. Dividirt man diese Zahl in die durch den gleichzeitigen Respirationsversuch ermittelte, in der Minute von dem Patienten aufgenommene Sauerstoffmenge, so ergiebt sich, wieviel mal 100 ccm Blut pro Minute durch die Lungen, demnach auch durch jede Herzabtheilung geströmt sind. Combinirt mit der Zahl der Herzschläge ergiebt dies das Schlagvolumen des Herzens, combinirt mit dem arteriellen Blutdruck die Grösse der Herzarbeit.

J. KATZENSTEIN.

5) **Weil** (Wien). **Ueber Nasen- und Rachenblutungen.** (Nach einem Vortrage im Wiener med. Doctorencollegium.) *Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 50, 51 u. 52. 1904.*

W. unterscheidet spontane und traumatische Blutungen, von ersteren: die localer und die entfernterer Ursachen, bei letzteren: Blutungen nach Traumen im engeren Sinne und postoperative Blutungen. Besprechung der Tamponade und anderer Blutstillungsmittel.

CHIARI.

6) **Baumgarten** (Budapest). **Ueber periodische Blutungen der oberen Luftwege.** *Wiener med. Presse. No. 16. 1905.*

Blutungen: 1. vor Eintritt der Menstruation, 2. an Stelle der Menstruation, 3. zur Zeit der Menstruation, 4. während der Schwangerschaft, 5. während der Involution.

CHIARI.

7) **Waldemar Fromm. Beitrag zur Casuistik der congenitalen Knorpelreste am Halse.** *Dissert. München 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

8) **R. Fischl. Experimentelle Beiträge zur Frage der Bedeutung der Thymusexstirpation bei jungen Thieren.** *Zeitschr. f. exp. Pathol. Bd. I. H. 2. p. 388.*

Die experimentelle Beseitigung der Thymus ist ein für die Gesundheit und Entwickelung der Thiere belangloser Eingriff.

J. KATZENSTEIN.

9) **D. N. Paton. Die Beziehung der Thymus zu den Geschlechtsorganen. II. Der Einfluss der Entfernung der Thymus auf das Wachsthum der Geschlechtsorgane. (The relationship of the thymus to the sexual organs. II. The influence of removal of the thymus on the growth of the sexual organs.)** *Journ. of Physiol. XXXII. 2. p. 28.*

Entfernung der Thymus zu einer Zeit, ehe dieselbe der normalen Atrophie anheimfällt, hat ein rascheres Wachsthum der Hoden zur Folge.

J. KATZENSTEIN.

10) **Coenen** (Berlin). **Vorstellung eines Präparates von Lymphosarkom der Thymusdrüse bei einem 6jährigen Knaben.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 10. Vereinsbeilage. 1904.*

Complication durch Diphtherie im Rachen. Tracheotomie ohne Erfolg. Exitus. Der Tumor hatte Trachea und Speiseröhre stark comprimirt.

ALBANUS (ZARNIKO).

11) **Ernst Urbantschitsch** (Wien). **Oto-rhinologische Instrumente.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1905.*

I. Apparat zur Atticausspritzung.

II. Distanzometer (für intraaurale und intranasale Messungen): Instrument mit Messung von Entfernungen von 1—13 mm.

III. Nasenvibrator: Ein dem Concussor des Kehlkopfes nachgebildeter und den Formen der äusseren Nase angepasster, biegsamer Apparat zur Vibrationsmassage der äusseren Nase, den Autor bei acuten Schleimhautschwellungen der Nase mit Erfolg anwandte.

HECHT.

12) **F. Schaefer** (München). **Eine neue elektrische Beleuchtungs- und Untersuchungslampe.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1905.*

Autor liess sich durch die Firma Reiniger, Gebbert u. Schall an der Kirstein'schen Stirnlampe das Endoskopielämpchen durch einen Nernstlampenbrenner ersetzen und erzielte hierdurch das doppelte bis dreifache Licht. Diese neue Lampe kann an jeder Lichtleitung ohne Vorschaltung und Regulirwiderstand direct eingeschaltet werden. Des Ferneren liess Schäfer eine zweite Lampe herstellen, die „so construirt ist, dass der kleine Nernstlampenbrenner mit Sammellinse durch eine Klammer direct an jeden gewöhnlichen Stirnreflector angeschraubt werden kann".

HECHT.

13) **Hans Neumayer** (München). **Eine Schutzvorrichtung für den Arzt bei der Untersuchung der oberen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1905.*

„An der Rückseite des Reflectors" hat Autor „eine 0,2—0,3 mm dicke Platte aus Marienglas angebracht, die 15 cm breit und 12 cm hoch zusammen mit dem Reflector das Gesicht des Untersuchers von den Augenbrauen nach abwärts vollständig deckt." Diese Schutzvorrichtung ist durch zwei federnde Spangen ungefähr 3 cm oberhalb der Durchblicksöffnung an dem Reflector befestigt.

HECHT.

14) **Löwenstein** (Elberfeld). **Ein neuer Halseisbeutel.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1905.*

Der Eisbeutel „von länglich ovaler Form reicht von einem Kieferwinkel bis zum anderen und wird durch ein mit einer Schlaufe versehenes und so verstellbares Gummiband an die vorderen Partien des Halses fest angedrückt. Ein kleiner Haken befindet sich an der einen Seite des Eisbeutels, so dass der Patient bei der Befestigung des Gummibandes nicht jedesmal den Kopf in die Höhe zu heben braucht. Ein zweites ebensolches Gummiband ist an dem oberen Rande des Eisbeutels befestigt und hält, über den Kopf des Patienten gezogen, fest nach oben".

HECHT.



15) **W. Glegg. Eine transportable Lampe zum Gebrauch in der Laryngologie. (A portable lamp for use in Laryngology.)** *Lancet. 4. März 1905.*

Eine Acetylenlampe mit beweglicher Linse, die an einem dreibeinigen Ständer befestigt ist. Zu haben bei Harris u. Co., Birmingham. ADOLPH BRONNER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Bogrow** (Moskau). **Das Rhinophyma und seine Behandlung.** *Berliner klin Wochenschr. No. 32. 1904.*

Nach der Methode der Decortication wurde ein Fall von Rhinophym, das seit 15 Jahren bestand, mit sehr gutem kosmetischen Resultat behandelt, wie die beigefügten Photographien vor und 4 Wochen nach der Operation erkennen lassen.

ALBANUS (ZARNIKO).

17) **F. Bloebaum** (Köln a Rh.) **Die Radicalbehandlung des Rhinophymas durch Galvanokaustik.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1904.*

Für die leichteren Fälle genügt die Stichelung der Nase mittels der galvanischen Glühnadel, wobei man jedoch zur Erzielung eines vollen Erfolges „die ganze Nase, soweit dieselbe geröthet ist, sticheln, und zwar Stich an Stich legen muss, so dass also jedes Blutgefäss getroffen wird“. „Bei ausgeprägten Fällen von Knollennase nützen die Stichelungen mit der feinen Glühnadel allein nicht, hier muss eine Decortication in grösserem Maassstabe vorgenommen werden.“ Unter den drei Methoden zur operativen Behandlung der Pfundnase: Elektrolyse, Messer und Galvanokaustik, empfiehlt Autor die letztere als die geeignetste. Bloebaum verwendet ausschliesslich galvanokaustische Instrumente: Schneideschlinge aus Stahldraht, galvanokaustische Messer aus Platinirridium und zur Glättung Flachbrenner. „Die ganze Cur nimmt ca. 4 Wochen in Anspruch.“ Zur Nachbehandlung verwendet Autor die v. Bardeleben’sche Brandbinde, event. bei Idiosynkrasie gegen Wismuth das Dermatol. Der Arbeit ist eine Photographie eines Gipsabdruckes einer Pfundnase, sowie eine zweite Photographie des operirten Patienten 9 Wochen nach der letzten Sitzung beigegeben. HECHT.

18) **P. Vilanova** (Barcelona). **Chirurgische Behandlung der Nasen-Acne. (Tratamiento quirurgico del rinofima.)** *Revist. de Medic. y Cirug. März 1904.*

Mittheilung der bisherigen Methoden der Behandlung der Acne hypertrophica und eingehende Schilderung des Dubreilh’schen Verfahrens mit nachfolgender Thiersch’scher Transplantation. R. BOTEY.

19) **Kromayer** (Berlin). **Die Heilung der Acne durch ein neues narbenloses Operationsverfahren: das Stanzen.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschrift. No. 20. 1905.*

Mittels kleiner, elektrisch getriebener Kleincylinder oder Epilationsmesser (Durchmesser des schneidenden Cylinders von 0,7 mm bis 1,2 mm) wird prophylactisch, abortiv oder curativ, die Acne bekämpft; die Wundheilung ist eine bedeutend raschere wie bei den anderen Methoden. Eine Narbe ist nicht wahrnehmbar. HECHT.

20) **J. Broers** (Haag). **Granulosis rubra nasi.** *Medicinische Revue. Juni 1905.*

Ein typischer Fall bei einem 13jährigen Knaben von dieser in der Jugend nicht so gar seltenen, gutartigen, zuerst von Jadassohn (Arch. f. Dermatol. u. Syph., Bd. LVIII, S. 145) ausführlich beschriebenen Affection. H. BURGER.

21) **W. R. Rowland. Diphtherie-Antitoxin bei Heufieber. (Diphtheria antitoxin in hay-fever.)** *American Medicine. 17. December 1904.*

In 11 Fällen hatte eine einzige Injection von Diphtherieserum einen günstigen Erfolg. EMIL MAYER.

22) **Lübbert** und **Prausnitz** (Hamburg). **Zur Serumbehandlung des Heufiebers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11, 12. 1904.*

Aus dem staatlichen hygienischen Institut in Hamburg (Director: Professor Dr. Dunbar) bringen die Verff. eine Statistik über 285 Fälle von Heufieber, darunter 63 Fälle von Herbstkatarrh.

Von 222 Fällen gewöhnlichen Heufiebers hatte die Serumbehandlung bei 127 = 57 pCt. positiven, bei 71 = 32 pCt. theilweise positiven und bei 24 = 11 pCt. negativen Erfolg. Mit Asthma complicirte Fälle zeigten 11mal positiven, 6mal theilweise positiven, 9mal negativen Erfolg.

Sehr wichtig ist, genau nach der Vorschrift, bei geschlossenen Fenstern und Thüren zu schlafen und schon Morgens, ehe also die Schleimhäute der Nase und des Auges mit Pollentoxin in Berührung gekommen sind, prophylactisch Serum zu gebrauchen, um es nicht erst zu Anfällen kommen zu lassen. Die Erfahrung lehrte, dass bei Idiosynkrasie für Phenol die Serumbehandlung wegen des Phenolzusatzes wenig Erfolg hatte. Das aus diesem Grunde pulverförmig, nur mit Milchzuckerzusatz hergestellte Präparat (Pollantinpulver) brachte namentlich für die Anwendung in der Nase wegen der besseren Vertheilung über die Schleimhäute gute Erfolge.

Von 63 Herbstkatarrhfällen wurden mit positivem Erfolg 44, mit theilweise positivem 12 und 7 mit negativem Erfolg behandelt. ALBANUS (ZARNIKO).

23) **Immerwahr** (Berlin). **Zur Serumbehandlung des Heufiebers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26. 1904.*

Verf., selbst Heufieberpatient, gebrauchte mit relativ günstigem Erfolg Dunbar's Pollantin (das getrocknete Heufieberserum). Das vorjährige flüssige, mit Phenolzusatz conservirte Serum hatte nur geringen Erfolg. Bei der Roggenblüthe im Freien wieder Anfälle von Heufieber, die das Pollantin nicht beeinflusste; im Zimmer dagegen vollkommenes Freisein von Anfällen. Mit zwei anderen Patienten ähnliche günstige Erfolge. Verf. spricht den Wunsch aus, es möchte das Heufieberserum noch verstärkt werden können, damit durch dessen Wirkung event. auch der Aufenthalt im Freien während der gefährlichsten Zeit, der Roggenblüthe, möglich sei. ALBANUS (ZARNIKO).

24) **J. E. Alberts** (Amsterdam). **Dunbar's Heufieberserum. (Dunbar's hooikoortsserum.)** *Geneesk. Courant. No. 9. 1905.*

Nichts von Interesse. H. BURGER.



25) **Alfred Denker** (Erlangen). **Zur Behandlung des Heufiebers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1905.*

Autor prüfte vor 2 Jahre bei drei seit Jahren an Heufieber leidenden Patienten vor Beginn der Heufieberzeit — im Mai — das Dunbar'sche Toxin nach, konnte jedoch durch dessen Application selbst ohne Verdünnung keine entsprechende Reaction hervorrufen. Das Roggenpollentoxin ist demnach nicht als differentialdiagnostisches Hülfsmittel gegenüber der Coryza nervosa und anderen Nasenaffectionen zu verwerthen. Bei einer Reihe von Patienten, dessen Krankengeschichten aufgeführt werden, erreichte Autor während der Heufieberzeit durch möglichst regionär ausgedehnte, täglich wiederholte Schleimhautmassage der Nase eine bedeutende Besserung. Nach vorheriger Cocain-Adrenalin-Application wurde jede Nasenseite erst 2—3 Minuten, später 3—4 Minuten mit 10proc. Europhenöl massirt. Sämmtliche Beschwerden bildeten sich bedeutend zurück, verschwanden sogar theilweise; ausserdem verliefen bei den auf diese Weise behandelten Patienten im folgenden Jahre die Anfälle in bedeutend milderer Form, zum Theil blieben die Patienten überhaupt vom Heufieber verschont.

HECHT.

26) **Ernst Urbantschitsch** (Wien). **Zur Behandlung des Heufiebers.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1905.*

Urbantschitsch hat gleich Denker durch die Massage der Nasenschleimhaut den aufgetretenen Heuschnupfen zu coupiren und auch durch prophylactische Massage hinanzuhalten vermocht. Er sieht in der Massage als solcher das Wirksame und massirt wöchentlich 3—4mal 2—5 Minuten lang hauptsächlich mit seiner blanken, elastischen, spiralförmigen Nasensonde ohne jegliche medicamentöse Zuthat. Eine Anästhesirung empfiehlt sich nur bei sehr empfindlichen Patienten oder bei sehr engen Nasen, um der Sonde zu ihren Schleuderbewegungen entsprechenden Raum zu schaffen.

HECHT.

27) **Otto Schwarz** (Leipzig). **Zur Behandlung der Heufieber-Conjunctivitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1905.*

Autor beseitigte mit Erfolg die Conjunctivitis durch täglich 2—3 malige Einträufelungen von Cocain-Suprarenin (Cocac. mur. 0,2; Solut. Suprarenin. mur. [1 prom.] 1,0; Aq. dest. ad 10,0) in den Bindehautsack, so dass die Patienten sich keine Beschränkung im Ausgehen aufzuerlegen brauchten. Auch die Erscheinungen seitens der Nase machten sich kaum mehr bemerklich.

HECHT.

28) **Carl Praussnitz** (Hamburg). **Zur Behandlung des Heufiebers. Bemerkungen zu dem Aufsatze von Prof. Dr. Denker.**

Denker (Erlangen). **Erwiderung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1905.*

Bezugnehmend auf die Denker'sche Mittheilung über die Unwirksamkeit des Dunbar'schen Toxins zur Erzeugung von Heufiebererscheinungen weist Praussnitz auf die von anderen Autoren erzielten positiven Resultate hin und vermuthet den negativen Ausfall in der inzwischen eingetretenen Unwirksamkeit des von Denker längere Zeit aufbewahrten Toxins.

Denker antwortet darauf, dass man ihn auf die geringe Haltbarkeit des Präparates hätte aufmerksam machen müssen und behält sich weitere Nachprüfungen vor.

HECHT.

29) **Wretowski. Zur Casuistik des Heufiebers. (Przyczynek do kazuistyki kataru siennego.)** *Gazeta Lekarska. No. 23. 1905.*

Verf., ein 25jähriger Arzt, in Warschau wohnhaft, beschreibt seinen seit 9 Jahren gewöhnlich im Frühjahr recidivirenden Heufieberanfall. Derselbe hatte einen typischen Verlauf, entstand mit Nasen- und Augenerscheinungen mit folgenden bronchial-dyspnoetischen Anfällen. Die Anfälle entstanden meistens im Monat Juni nach einem Ausflug in die Gegend von Warschau; dieselben hatten verschiedene Dauer (2—6 Wochen). In den letzten Jahren dauerten sie nicht mehr als 2—3 Wochen. Sehr verschiedene Behandlungsmethoden, allgemeine und locale (Galvanokaustik), blieben erfolglos. Nur das Cigarettenrauchen verursachte stets eine Erleichterung der nasalen Symptome. Da das Leiden in seiner typischen Form zu den grossen Seltenheiten in Warschau gehört, so benutzte Verf. diese Gelegenheit, um genau die jetzigen Anschauungen über Aetiologie, klinische Erscheinungen und Therapie des Heufiebers auseinander zu setzen.

A. v. SOKOLOWSKI.

30) **Voss** (Berlin). **Die Killian'sche Radicaloperation chronischer Nasennebenhöhlenempyeme.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 17. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortrag über das obige Thema und Krankenvorstellung dreier, nach dem Verfahren mit gutem Erfolge operirter Fälle.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **J. Passmore Berens. Dreizehn Fälle chronischer multipler Sinusitis, operirt auf dem Wege vom Antrum her. (Thirteen cases of chronic multiple sinusites operated upon by way of the maxillary route.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

In allen Fällen bis auf einen war die Keilbeinhöhle erkrankt; in 12 Fällen bestanden Schmerzen im Hinterkopf, in 8, alle mit Betheiligung der Keilbeinhöhle, strahlten die Schmerzen auch nach dem Gesicht zu aus und hatten einen neuralgischen Charakter, während sie in 4 Fällen einen „Tic douloureux" vortäuschten. Alle Fälle wurden geheilt bis auf zwei: der eine war ein maligner und in dem anderen kehrte die Eiterung in der Keilbeinhöhle verschiedene Male wieder, jedesmal von einem Anfall von „Tic" begleitet. Verf. glaubt, dass Schmerzen im Hinterkopf und am Scheitel oder Trigeminusneuralgie bei gleichzeitigem Befund von Eiter in dem hinteren Theil der Nase symptomatisch für eine Erkrankung der Keilbeinhöhle ist.

In 12 der Fälle bestanden Schmerzen in der Augengegend, besonders im inneren Augenwinkel; in allen diesen Fällen, mit einer Ausnahme, fehlte jede Erkrankung der Stirnhöhle.

In allen Fällen bis auf zwei folgte der Operation ein völliges und permanentes Nachlassen der Schmerzen.

EMIL MAYER.

32) **J. A. Stuckey. Eiterung der Nasennebenhöhlen. (Suppuration of nasal accessory sinuses.)** *N. Y. Medical News. 5. November 1904.*

Verf. betont in seinen Ausführungen die Wichtigkeit einer frühen Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen. Er führt Fälle an, in denen dann durch Fortleitung des Eiters durch das Foramen opticum oder durch die Löcher der Lamina cribrosa nach der Gehirnbasis Tod eintrat. Die Therapie soll in erster Linie dafür sorgen, dass der Eiter freien Abfluss hat. LEFFERTS.

33) **Lewis A. Coffin. Ein Bericht über vier operirte Fälle von Sinusitis bei Kindern. (A report of four operated cases of sinusitis in children.)** *Laryngoscope. November 1904.*

Der erste Fall betraf einen 10 jährigen Knaben, bei dem die Diagnose auf Ethmoiditis gestellt war und bei dem nach Curettage durch die äussere Wunde Heilung eintrat.

Im zweiten Fall handelte es sich gleichfalls um Ethmoiditis bei einem 9jährigen Knaben; es trat Heilung ein. Sechs Monate später erkrankte die andere Seite. Der Fall endete tödtlich. Bei der Autopsie fand man eine sehr grosse Siebbeinhöhle, die voll Eiter war. Todesursache war eine acute Sepsis.

Auch im dritten Fall handelte es sich um einen Fall von Ethmoiditis, der ein 10jähriges Kind betraf und in Heilung ausging.

Der vierte Fall stellt ein Empyema antri Highmori dar, und zwar handelte es sich um ein Kind von 6 Monaten.

Die Literatur ist aus der Arbeit von Emil Mayer entnommen.

Verf. erwähnt die Ansicht von Avellis, wonach in diesen Fällen nicht eine Infection der Sinus, sondern vielmehr eine Knochencaries, eigentlich Tuberculose vorliege. Er glaubt nicht, dass diese Ansicht für seine Fälle zutreffe; er hält aber die von Mayer vertretene Meinung für falsch, weil die Lage der Higmorshöhle beim Kinde so sei, dass ein Durchbruch nach der Wange nicht erfolge könne.

(Verf. scheint sich nicht bewusst zu sein, dass er thatsächlich eine der Avellis'schen entgegengesetzte Ansicht hat. Ref. bleibt bei seiner Meinung, dass das Antrum der Sitz der primären Affection ist, dass von hier aus der Eiter in die angrenzenden Weichtheile eindringe. Eine Osteomyelitis setzt die Anwesenheit von Knochenmark voraus, solches existirt jedoch im Gesicht nicht; es handelt sich vielmehr um eine reine Infection der Höhle. In dieser Ansicht wird er durch die Coffin'schen Fälle nur bestärkt.) EMIL MAYER.

34) **George L. Richards. Die Bedeutung des Eiters in der Nase, mit besonderer Rücksicht auf die Nebenhöhlenerkrankungen und deren Behandlung. (The significance of pus in the nose, with special reference to the affections of the accessory sinuses and their proper treatment.)** *N. Y. Medical News. 24. December 1904.*

Mit besonderem Hinweis auf die Vernachlässigung der Nebenhöhlenerkrankungen seitens der allgemeinen Practiker stellt Verf. in grossen Zügen ein Bild von dem Gang der Untersuchungen zur Diagnose derselben dar. LEFFERTS.

35) **Sargent F. Snow. Tic douloureux und andere Neuralgien infolge von Druck in der Nasenhöhle und den Nebenhöhlen. (Tic douloureux and other neuralgias from intranasal and accessory sinus pressures.)** *N. Y. Medical Journal. 14. Januar 1905.*

Verf. hat in 20 Fällen die Neuralgie auf Druck in der Nase oder Eiteransammlung in den Nebenhöhlen zurückführen können, besonders häufig auf letztere Erkrankung. Seiner Erfahrung nach deutet ein vom Nasenrücken nach auswärts und oben ausstrahlender Schmerz auf eine Betheiligung der vorderen Siebbeinzellen. Ein tiefer sitzender intensiver Schmerz unter oder hinter dem Auge, der zeitweilig auch im Ohr oder der Schläfe auftritt, spricht für Erkrankung der hinteren Siebbeinzellen. Bei Oberkieferempyem findet sich oft ein localisirter Schmerz, bisweilen Muskeltremor und Spasmen, die den Kopf von einer Seite zur anderen erschüttern. S. glaubt, dass 80 pCt. aller Fälle von Tic douloureux auf Nebenhöhlenerkrankungen zurückzuführen sind.

LEFFERTS.

36) **Fein** (Wien). **Zur Charakteristik der Nebenhöhleneiterungen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 11. 1905.*

Die Eigenart der Nebenhöhleneiterungen gegenüber den anderen Eiterungszuständen bezieht sich sowohl auf die Diagnosenstellung als auch auf die therapeutischen Maassnahmen, bei denen auch kosmetische Rücksichten hindernd im Wege stehen.

CHIARI.

37) **Kretschmann** (Magdeburg). **Sepsis, verursacht durch Empyem der Nasennebenhöhlen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit wieder. Krankengeschichte und Autopsiebefund in extenso.

HECHT.

38) **Sondermann** (Dieringhausen). **Vorkommen und Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen bei Tuberculose der Luftwege.** *Zeitschr. f. Tuberculose u. Heilstättenwesen. Bd. 7. H. 2. 1905.*

Die bei Tuberculose sehr häufigen Nebenhöhlenerkrankungen der Nase sind nichts Specifisches. Ihre Behandlung ist aber sehr nöthig, da sie vielfach die Ursache der behinderten Nasenathmung darstellen. Es besteht die Nothwendigkeit, jedem Lungenkranken zu seiner Nasenathmung zu verhelfen, um den Filter und Vorwärmer der Luft gerade der kranken Lunge zugute kommen zu lassen.

SEIFERT.

39) **Füth** (Leipzig). **Ueber eine angeborene Geschwulstbildung perithelialer Natur am Oberkieferzahnfleische eines 2 Tage alten Mädchens mit Hineinbeziehung des Schmelzkeimes.** *Hegar's Beiträge zur Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. IV. H. 1. 1902.*

Der hühnereigrosse, vom Zahnfleische des Oberkiefers entfernte Tumor war nicht vom Schmelzbeine ausgegangen, enthielt aber Einschlüsse desselben. Andere Zellen des Tumors waren zweifellos bindegewebiger, perithelialer Natur.

SEIFERT.

40) **Bayer. Zahncyste des linken Oberkiefers, zwei Eckzähne enthaltend (den Milchzahn und den bleibenden Zahn), diagnosticirt und operirt nach der V. von Bruns'schen Methode; Vorzeigen des Präparates und der Kranken. (Kyste dentaire du maxillaire supérieur gauche contenant deux canines (la dent de lait et la dent permanente) diagnostiqué et opéré d'après la méthode de V. von Bruns; présentation de la pièce et de la malade.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 30. 1904 et La Presse otolaryng. Belge. No. 9. 1904.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belg. oto-laryngologischen Gesellschaft vom 11. Juni 1904, in welchem über obige Mittheilung referirt ist.

AUTOREFERAT.

41) **Moure** und **Aubaret. Multiple Fractur des linken Oberkiefers. (Fracture multiple du maxillaire supérieur gauche.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. September 1904.*

Infolge einer Verletzung durch einen Flintenschuss traten bei der Patientin Abscesse an der linken Wange auf, die zur Bildung von Fisteln Veranlassung gaben. Man musste die knöcherne Sinuswand fortmeisseln, die Höhle auskratzen und die untere Muschel fortnehmen. Heilung trat erst ein, nachdem der Bulbus hatte enucleirt werden müssen.

E. J. MOURE.

42) **O. Chiari. Gefässreicher Tumor der Kieferhöhle.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung am 17. December 1904.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1904.*

Eine Patientin kam wegen wiederholter Blutung aus einer Nasenseite zur Consultation. Nach Entfernung mehrerer Schleimpolypen hörten die Blutungen nicht auf, in der Nase sonst keine Ursache zu finden. Die alsdann vorgenommene Durchleuchtung der Kieferhöhlen liess die blutende Seite weniger hell erscheinen, und hatten wiederholte Ausspülungen des Antrums nach ca. 2 Minuten immer starke Blutungen zur Folge. Es wurde daher eine gefässreiche Geschwulst der Kieferhöhle angenommen, welche Diagnose nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus bestätigt wurde. Exstirpation der gefässreichen Polypen, deren Oberfläche kleine nekrotische und durch Hämorrhagien zerstörte Stellen zeigten. Heilung. — Es wurde die Diagnose ohne vorhergehende Dilatation des Antrums gemacht.

CHIARI.

43) **Vaquier. Ueber breite Trepanation der Oberkieferhöhle vom unteren Nasengang her. (De la trépanation large du sinus maxillaire par la voie du méat inférieur.)** *Thèse de Toulouse. 1903.*

Das Verfahren stellt nach Ansicht des Verf.'s eine rationelle Uebergangsstufe dar zwischen der Punction des unteren Nasenganges, die in leichten Fällen angewandt werden soll, und der radicalen Methode, die für die hartnäckigen Fälle mit Granulationsbildung an der Höhlenschleimhaut reservirt bleiben soll.

E. J. MOURE.

44) E. **Delstanche. Die Behandlung der Sinusitis im XVIII. Jahrhundert. (Le traitement de la sinusite maxillaire au XVIIIe siècle.)** *La Presse otolaryng. Belge. No. 1904.*

Mittheilung nach einer von Bordenare in den Memoiren der Kgl. Academie für Chirurgie, T. IV, Paris 1798 veröffentlichten Arbeit über die Behandlung der Sinusitis maxill., in welcher die Symptome und Behandlung dieser Affection besprochen werden; als Heilmethoden werden vorgeschlagen: 1. die Methode von Meibonier (1718), 2. die von Cooper, 3. die von Drake; ferner 4. die Methode von Larmorier (1743) und schliesslich die Methode von Jourdain (1765).

Zum Schluss finden noch die Sinusaffectionen Erwähnung, welche einem speciellen Grundübel, wie Syphilis, Caries etc., ihre Entstehung verdanken und mit diesem behandelt werden müssen.

BAYER.

45) A. **Brown Kelly. Ein Beitrag zur Pathologie der Highmorshöhle. (A contribution to the pathology of the antrum of Highmore.)** *Glasgow Med. Journal. October-November 1904.*

Verf. berichtet über das Sectionsergebniss der Highmorshöhle in 100 Fällen von verschiedenen Todesursachen. In der Hälfte aller Fälle, die an Pneumonie gestorben waren, fand sich Eiterung der Oberkieferhöhle; K. räth zu einer sorgfältigeren klinischen Beobachtung auf Nebenhöhleneiterungen bei Pneumonie. Die vielen wichtigen Punkte, die in vorliegender Arbeit zur Erörterung gelangen, lassen sich schwer im Rahmen eines Referats wiedergeben; die Arbeit verdient durchaus eine sorgfältige Lectüre.

A. LOGAN TURNER.

46) **Herm. Cordes** (Berlin). **Beitrag zur Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1905.*

Autor empfiehlt die Krause-Friedländer'sche Methode — Anbohrung des Antrum mittels Troicart vom unteren Nasengang aus — und nach wenigen Ausspülungen Trockenbehandlung der erkrankten Höhle. Die Höhle wird durch die täglich einzuführende Canüle ausgeblasen und nachfolgend Pulver, am besten Jodoform. insufflirt. Cordes erzielte mit dieser Methode bei 83 pCt. Heilung und hält dieselbe den anderen conservativen Methoden überlegen. Er empfiehlt vor etwaiger breiter Eröffnung der Höhle einen mehrmonatlichen Versuch mit dieser Behandlungsart. Die breite Eröffnung der Höhle macht Autor nach Desault-Küster, legt mit dem Troicart eine Gegenöffnung durch den unteren Nasengang, vernäht die Operationsöffnung im Munde bis auf den vorden Wundwinkel primär und behandelt von der Nase aus durch die gesetzte Gegenöffnung trocken nach. Die verschiedenen Methoden und ihre Resultate finden in der Arbeit eingehend kritische Würdigung.

HECHT.

47) **Johannes Martin** (Magdeburg-B.). **Ueber die Bedeutung des Verschlusses der Ostien bei entzündlichen Erkrankungen der Kieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1905.*

Die Thatsache, dass eine Reihe chronischer Kieferhöhlen-Empyeme nach Wegsammachung der Höhle von der Nase aus, sei es durch Erweiterung der verlegten natürlichen Ausführungsöffnung, sei es durch Anbohrung vom unteren

Nasengang aus, schnell ausheilen, sucht Autor dadurch zu erklären, dass einerseits die Ventilation der Höhle wieder hergestellt wird (Aspiration des Secretes beim Athmen und Ventilation der Höhle beim Schnauben), andererseits die Circulationsverhältnisse in dem Antrum gebessert werden. Während vorher bei bestehendem Verschluss des Ostiums „infolge der Ansaugung und der directen Compression der abführenden Venen eine übermässige und andauernde Stauung des Blutstromes", die sogenannte „kalte Stauung" Bier's bestand, wird mit Freilegung des Ostiums der normale Luftdruck wieder hergestellt, die Circulation in Blut- und Lymphwegen geregelt und damit „der Anstoss zum Beginn der Resorption der in den Geweben abgelagerten Exsudate gegeben". „Vielleicht versagen deshalb so viele von der Alveole aus angebohrte Empyeme die Heilung, weil die Durchlüftung von hier aus zweifellos schwieriger und unvollkommener vor sich geht, als von der Nase." Will man also die Ventilation der Nebenhöhlen wieder herstellen, so empfiehlt es sich, die Eröffnung von der Nase aus vorzunehmen.

HECHT.

48) J. Galezowski. **Oberkieferempyem; Enophthalmie und Neuritis optica. (Sinusite maxillaire, enophthalmie et névrite optique.)** *Société d'ophthalm. de Paris. 7. Februar 1905.*

G. stellt eine Patientin vor, die im October an Oberkieferempyem erkrankte; es traten schwere Complicationen von Seiten des Auges auf, die an eine Orbitalphlegmone erinnerten (Oedem der Papille). Das Empyem, das dentalen Ursprungs war, wurde von der Fossa canina aus operirt, worauf die Erscheinungen von Seiten des Auges rapid zurückgingen.

A. CARTAZ.

49) Beaman Douglass. **Ein Unfall mit dem Antrumtroicart. (An accident with the antrum trocar.)** *N. Y. Medical Journal. 3. December 1904.*

Der Troicart gelangte anstatt in die Higmorshöhle in das subcutane Zellgewebe des Gesichts. Die Spülflüssigkeit drang in dieses ein; es entstand starke Schwellung der rechten Wange und Orbitalregion.

LEFFERTS.

50) Adalbert Watto Lee. **Ueber die Stirnhöhlen beim Menschen nebst Beobachtungen über dieselben an einigen anderen Säugethierschädeln. (Concerning the sinus frontales in man with observations upon them in some other mammalian skulls.)** *Johns Hopkins Hospital Bulletin. April 1904.*

Die Untersuchungen wurden im anatomischen Institut der californischen Universität gemacht; sie betreffen Schädel vom Menschen, Rind. Schaf, Hund, Affe und Taube.

Es wird hervorgehoben, dass die Stirnhöhlen in Bezug auf die Symmetrie mehr variiren als alle anderen paarigen Gebilde im menschlichen Organismus. Das bezieht sich nicht nur auf die Abweichung des Septums der Höhlen, sondern auch auf andere Charakteristica der Sinus an demselben Schädel. Der frontale Theil der Höhle bildet gewöhnlich einen einzelnen Hohlraum, häufig besteht er jedoch aus einer Reihe von Taschen, die von ungleicher Grösse sind und von einander durch knöcherne Septa getrennt sind. Diese Septa können sehr lang sein oder nur als niedrige Erhebungen vorhanden sein.

Der durch die Pars orbitalis charakterisirte Typus von Höhlen findet sich oft auf einer oder beiden Seiten. Von 26 Höhlen, die eine Combination des frontalen und orbitalen Typus darstellten, war in 22 der frontale Theil der grössere. Der Artikel ist reich illustrirt.

EMIL MAYER.

51) **Delie** (Ypres). **Fronto-maxillarsinusitiden mit Anomalie des Sin. frontal. (Sinusite fronto-maxillaire avec anomalie du sinus frontal.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1904.*

Mittheilung, gemacht in der französischen otolaryngelogischen Gesellschaft vom 4. Mai 1904; vergl. diesbezügliches Referat!

BAYER.

52) **Hoffmann** (Dresden). **Ueber operative, besonders osteoplastische Eingriffe an der Stirnhöhle wegen chronischer Eiterung.** (Nach einem Vortrage, gehalt. am 13. Februar 1904 in der Gesellschaft für Natur- u. Heilkunde zu Dresden.) *Wiener klin. Rundschau. No. 45. 1904.*

Besprechung verschiedener Methoden der Stirnhöhleneröffnung, wie der von Kuhnt, Jansen, Riedel-Killian und der osteoplastischen Methoden, welch letzteren der Autor den Vorzug giebt. Beschreibung seines eigenen Operationsverfahrens, das im Wesentlichen eine osteoplastische Aufmeisselung darstellt.

HANSZEL-CHIARI.

53) **Paul S. Mertins. Empyem der Stirnhöhle; extraduraler Abscess und Abscess des Stirnlappens. Operation. Tod infolge hypostatischer Lungenentzündung. (Empyema of the frontal sinus; extradural abscess and abscess of the frontal lobe. Operation. Death from hypostatic congestion of the lungs.)** *American Journal Med. Sciences. April 1904.*

Der 40jährige Patient litt seit über 6 Monaten an heftigen Kopfschmerzen, die allmälig zunahmen. Es bildete sich ein Abscess über der Glabella. Man stiess im Grunde der Abscesshöhle auf nekrotisirten Knochen und die Sonde drang in die Schädelhöhle. Der nekrotische Knochen bildete einen Theil der Wand der linken Stirnhöhle; diese enthielt Eiter. Später fand man einen grossen Abscess des rechten Stirnlappens, während die rechte Stirnhöhle selbst gesund war.

A. LOGAN TURNER.

54) **Sprenger** (Stettin). **Die chronische Stirnhöhlenentzündung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortrag über Aetiologie, Symptome, Diagnose und Therapie der chronischen Stirnhöhlenentzündung.

ALBANUS (ZARNIKO).

55) **Robert C. Myles. Ein Fall von ausgedehnter Entfernung des Bodens zweier sehr grossen Stirnhöhlen bei demselben Patienten. (A case of extensive removal of the floors of two very large frontal sinuses in the same patient.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.



56) **Beaman Douglass. Die Frage der intranasalen Stirnhöhlenoperation. (The question of intra-nasal operation upon the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Folgende Punkte soll man besonders im Auge behalten: Dass die Stirnhöhle ganz fehlen kann; dass die Entfernung der hinteren Stirnhöhlenwand, die den Stirnlappen des Gehirns trägt, vom Ductus naso-frontalis um 3—4 mm variiren kann; dass man irrthümlich glauben kann, in die Stirnhöhle gelangt zu sein, während man thatsächlich in einer Siebbeinzelle sich befindet; dass die Lage und Richtung des Ductus naso-frontalis erheblich variiren kann und dass er in diesem Fall häufiger schräg verläuft, wodurch die Gefahr der Operation vermehrt wird; schliesslich dass die Fissura olfactoria als ein gefährliches Operationsterrain betrachtet werden muss.

EMIL MAYER.

57) **Lewis S. Coffin. Zwei operirte Fälle doppelseitigen Stirnhöhlenempyems. (Two operated cases of double frontal sinusitis.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Der Titel besagt den Inhalt.

LEFFERTS.

58) **W. Freudenthal. Die Radicaloperation wegen Empyems der Stirnhöhle. (The radical operation for empyema of the frontal sinus.)** *The Journal of the American Medical Association. 11. Februar 1905.*

Man suche so weit wie möglich mit der conservativen Behandlungsmethode zu gelangen; ist eine Operation nothwendig, so scheint die Killian'sche Methode die besten Resultate zu geben. Der unmittelbare Verschluss der äusseren Wunde nach der Operation ist für den kosmetischen Effect von grösstem Werth.

EMIL MAYER.

59) **Carl E. Munger. Orbitalinfection von den Siebbeinzellen her mit spontaner Oeffnung am inneren Orbitalwinkel. (Orbital infection from the ethmoid cells with spontaneous opening at inner angle of orbit.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

Es fehlte in diesem Fall jede Absonderung aus der Nase, obwohl es sich um eine chronische Ethmoiditis handelte; die Orbitalschwellung ging unter Anwendung von Adrenalin zurück. Ein durch das Siebbeinlabyrinth der rechten Seite eingeführtes Drainrohr gerieth durch das Septum in die linke Nasenhöhle. Nach der Drainage trat sehr schnelle Vernarbung ein.

EMIL MAYER.

60) **H. Holbrook Curtis. Die Keilbeinhöhle und ihre chirurgischen Beziehungen. (The sphenoidal sinus and its surgical relationship.)** *The Laryngoscope. November 1904.*

Die Ausführungen betreffs der pathologischen Verhältnisse sind zum grossen Theil dem Werk von Sieur und Jacob: „Les fosses nasales“ entnommen.

EMIL MAYER.

61) **Otto J. Freer. Chevalier Jackson's Durchleuchtungsapparat mit einigen Modificationen. (Chevalier Jackson's transilluminator with some modifications.)** *The Laryngoscope. Juli 1904.*

Die Modificatiouen zielen vor allem auf eine grössere Sicherheit des Appa-

rates hin. Es ist nämlich kürzlich passirt, dass der Apparat in der Hand des Arztes explodirte, gerade bevor er ihn in den Mund des Patienten einführen wollte. Nur durch Zufall ist ein schweres Unglück verhütet worden.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

62) **Gorochow. Die Bildnng der Wange durch Plastik. (Obrasowanie schtscheki plastikojie.)** *Wrat. Graz. No. 1. 1905.*

Die Arbeit hat hauptsächlich chirurgisches Interesse.

P. HELLAT.

63) **Bruhns** (Berlin). **Mikroskopische Präparate von „Lymphangiectasien der Wange".** *Berliner klin. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1904.*

Die Präparate stammen von einer 24jährigen Frau, die in der linken Wange eine teigige Infiltration bekam, deren mikroskopische Untersuchung ihren Charakter als Lymphangieectasie aufdeckte.

ALBANUS (ZARNIKO).

64) **Schilling** (Leipzig). **Der üble Mundgeruch.** *Wiener med. Presse. No. 4. 1904.*

Ziemlich ausführliche Aufzählung der verschiedenen Ursachen für den Foetor ex ore und therapeutische Angaben. Für den Facharzt nichts Neues.

CHIARI.

65) **Brandt** (Berlin). **Beiträge zur Chirurgie der Mundhöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22. 1904.*

In der Berliner medicinischen Gesellschaft Vortrag und Demonstrationen von Gaumen- und Nasenobturatoren bei nicht oder mit geringem Erfolg operirtem Wolfsrachen. Ersatz des Oberkiefers und Bulbus in einem Fall, wo Oberkiefer und Bulbus wegen einer Neubildung entfernt wurden. Verschluss und Ersatz durch Prothesen in Fällen, wo Lues Nase und Gaumen, oder wo gleichzeitig Lues den Gaumen und Lupus die Nase oder Theile des Gesichts zerstört hatte. Gute Abbildnngen erläutern Form und Technik der Prothesen. Mittheilung eines Falles, wo in einem fibrösen Tumor der Highmorshöhle eingebettet ein Zahn lag.

ALBANUS (ZARNIKO).

66) **Jürgens** (Berlin). **Ueber Stomatitis gonorrhoica beim Erwachsenen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 24. 1904.*

Bei einem Manne zeigte sich Zahnfleisch und Wangenschleimhaut diffus stark entzündet mit schmutzig-grauem, leicht abwischbaren Belag, bei grosser Neigung zu Blutungen, ohne Bildung von Membranen und Ulcerationen. Starke Absonderung von Secret aus der Mundhöhle. Allgemeinbefinden wenig gestört, Temperatur in den ersten zwei Wochen zwischen 37—38°. Unter verdünnten Sublimatspülungen (1 : 7000—10000) Besserung und Entlassung am 37. Krankheitstage aus dem Krankenhaus. Bakteriologisch konnten, besonders durch culturelle Untersuchungen, Gonokokken festgestellt werden neben Spirochaeten und fusiformen Bacillen. Ueber die Infectionsquelle giebt der Befund Aufschluss, dass Patient an einem frischen Urethraltripper litt.

ALBANUS (ZARNIKO).

67) **William Gordon. Ein Fall von anscheinender Heilung einer vermuthlich malignen Erkrankung der Mundhöhle. (A case of apparent recovery from presumably malignant disease of the mouth.)** *Lancet. 18. März 1905.*

Patient, ein 53jähriger Mann, klagte seit 6 Monaten über Schmerzen an der linken Seite der Zunge und über Beschwerden beim Oeffnen des Mundes. Es bestand ein tiefes, unregelmässig zerklüftetes Geschwür an der linken Seite der Zunge und eine Induration, die sich auf den vorderen Gaumenbogen erstreckte, heftige Schmerzen, keine Drüsenschwellung. Vier Chirurgen, die den Fall sahen, riethen zur Operation. Patient machte Umschläge mit einem Brei aus Veilchenblättern und trank ein Infus von diesen. Nach $2^1/_2$ Monaten Besserung, nach 3 Monaten Heilung. (!!! Ref.)

ADOLPH BRONNER.

68) **Bonfilio Garriga** (Madrid). **Ein Fall von idiopathischer Angina Ludovici; Heilung. (Un caso de Angina de Ludwig idiopática. Curación.)** *Revist. Cientif. profesional. Juli 1903.*

Mittheilung eines Falles von Angina Ludovici bei einem 40jährigen kräftigen Manne. Da dessen Antecedentien durchaus günstig waren, konnte nur Erkältung als Ursache festgestellt werden. Die Heilung erfolgte nach 14 Tagen. R. BOTEY.

69) **W. O. Humphrey. Angina Ludovici. (Ludwig's Angina.)** *American Practitioner and News. 15. März 1904.*

28jähriger Patient. Es wurde eine Incision gemacht und eine Submaxillardrüse entfernt. Dabei entleerte sich Eiter. Während die Schwellung zurückging, war keine wahrnehmbare Besserung des Allgemeinbefindens zu constatiren. Untersuchung des Eiters ergab Pneumokokken nebst einigen Streptokokken. Es entwickelte sich eine Pneumonie, an der Pat. am 9. Tage zu Grunde ging.

EMIL MAYER.

70) **E. Berini** (Barcelona). **Bezüglich eines bemerkenswerthen Falles von Hypertrophie der Zungenmandel. (Apropósito de un caso de hipertrofia de la amigdale lingnal.)** *Revist. de Medic. y Cirug. Mai 1904.*

Im Anschluss an einen Fall seiner Beobachtung von hartnäckigen Hustenanfällen, hervorgerufen durch Hypertrophie der Zungenmandel und ihres Contactes mit der Epiglottis, bespricht B. die Ursachen, die zur Hypertrophie jener Drüse führen und erörtert die Escat'schen Ideen hinsichtlich dieses Punktes.

R. BOTEY.

71) **Th. Schwartz. Hemiatrophia linguae.** (Mittheilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga, Sitzung vom 21. April 1904.) *St. Petersburg. med. Wochenschr. No. 212. 1905.*

Vorstellung eines 15jährigen Knaben mit Hemiatrophia linguae. Erkrankung mit Kopfschmerzen, Erbrechen schon vor einem Jahre, Doppeltsehen, starkem Schwindel. Anamnese nicht erhältlich. Keine Zeichen hereditärer Lues. Macht eine Schmiercur durch. Kopfschmerz geringer, der ataktische Gang hat sich gebessert. Augenuntersuchungsbefund genau angeführt.

Discussion:

Voss stellt einen ähnlichen Fall vor. Die Patientin von V., 58 Jahre alt, hat eine Geschwulst im Ohre, eine Facialisparalyse und Stimmbandlähmung auf derselben Seite.

Ed. Schwarz: Wechselnde Augenmuskellähmung mit Hemiatrophie der Zunge kommen auf neurotischer Grundlage vor. Doch sei im ersten Fall hereditäre Lues wahrscheinlich.

von zur Mühlen fragt, ob im Voss'schen Falle Zeichen von Accessoriuslähmung vorgelegen. Dieses wäre interessant zu wissen in Anbetracht der neueren Theorie über die Kehlkopfinnervation.

Die Frage wird verneint.

P. HELLAT.

72) **Albert Blau. Die Haarzunge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 263.*

Mittheilung von 4 Fällen. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Wucherung der Papillae filiformes mit Verhornung des Epithels; Verf. hält die Krankheit für eine „Hyperkeratosis, welche sich wohl als die Folge eines Katarrhs der Zunge darstellt". Den Bakterien, die er fand, legt Verf. keine Bedeutung bei; von Mucorpilzen konnte er niemals etwas nachweisen. Für die verschiedene Färbung der verhornten und verhornenden Epithelien schreibt er äusseren Umständen, der Einwirkung der Ingesta und wahrscheinlich auch der chemischen Zusammensetzung des Speichels, etwa dem verschiedenen Grade an Rhodankaliumgehalt, eine Rolle zu.

F. KLEMPERER.

73) **Finder** (Berlin). **Demonstration von Fällen secundärer Zungentuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 26. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration von 4 Fällen; im letzten Fall blieb es unentschieden, ob durch Lues oder Tuberculose die Operationswunde einer Zungentonsille bei einem Phthisiker geschwürig zerfallen war.

ALBANUS (ZARNIKO).

74) **Guyot. Angiom der linken seitlichen Partie der Zunge bei einem hereditär-syphilitischen Hydrocephalen. (Angiome de la partie latérale gauche de la langue chez un hydrocéphale hérédo-syphilitique.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 22. November 1903.*

Der ungefähr mandelgrosse Tumor fand sich bei einem 2 Monate alten Kinde. Nach den bisher veröffentlichten Mittheilungen finden sich diese Neubildungen gewöhnlich mit irgend welcher Missbildung vergesellschaftet.

E. J. MOURE.

75) **G. E. Armstrong. Zungenkrebs. (Carcinoma of the tongue.)** *Montreal Medical Journal. Juni 1905.*

A. glaubt, dass in Bezug auf das Zungencarcinom eine hoffnungsvollere Auffassung berechtigt ist. Die Resultate sind nur darum schlecht, weil die Diagnose nicht früh genug gestellt wird; alle Fälle, in denen Schrunden oder Ulcerationen am Rande der Zunge vorhanden sind, erfordern Aufmerksamkeit und, sobald die Erkrankung als bösartig erkannt wird, muss operirt werden. A. stellt

einen vor 7 Jahren operirten Mann vor, bei dem die ganze Zunge exstirpirt worden war und bei dem bisher kein Recidiv eingetreten ist. EMIL MAYER.

76) **Réthi** (Wien). **Die secretorischen Nervencentren des weichen Gaumens.** *Wiener med. Presse. No. 48. 1904.*

Die Versuche wurden an narkotisirten Katzen vorgenommen. Die Reizung in der Schädelhöhle war eine unipolare, die des Rückenmarkes wurde mit einer Doppelelektrode vorgenommen. Ergebniss: Der secretorische Facialiskern für die Drüsen des Velums liegt unter der Rautengrube, und zwar für jede Seite ein Kern, die secretorischen Symphaticuskerne liegen in der Höhe des fünften und sechsten Brustwirkels im Halsstrang des N. sympathicus beiderseits von der Mittellinie.

CHIARI.

77) **Chauveau. Angeborene Perforation des vorderen Gaumenbogens. (Perforation congénitale du pilier antérieur.)** *Arch. Internat. de Laryngologie. No. VI. 1904.*

Die Perforation hatte ihren Sitz oberhalb der Tonsille im rechten vorderen Gaumenbogen. E. J. MOURE.

78) **Serapin. Zur Frage der Mischgeschwülste des Gaumens. (K woprosu saneschannich. opuch. neba.)** (Prot. und Verhandlungen der St. Petersburger med. Gesellschaft 1901—1902.) *St. Petersburg 1904.*

Der Inhalt des Artikels ist bereits im Centralblatt referirt.

Discussion:

Meinhard: Giebt es Fälle, wo Mischgeschwülste in bösartige übergehen?

Serapin: Charakteristisch für diese Geschwülste ist die embryonale Herkunft und der histologisch-epitheliale Charakter ohne Metastasen in Drüsen.

Weljeminow: Es giebt zwei Arten von Mischgeschwülsten: embryonale und teratoide. Von ihnen können die monogerminalen bösartig werden.

P. HELLAT.

79) **J. Lederman. Venöses Angiom des weichen Gaumens. (Venous angioma of the soft palate.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. December 1904.*

Sämmtliche Gefässe der betreffenden Gesichtsseite und Orbita waren von der Tumorbildung betroffen. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

80) **Marshall. Ein Fall von Diphtherie mit Mulyptol behandelt. (A case of diphtheria treated with Mulyptol.)** *Lancet. 26. November 1904.*

Patient war ein 30jähriger Mann, der Beläge auf der linken Tonsille hatte. Es wurden Diphtheriebacillen nachgewiesen. Es wurde Mulyptol aufgepinselt, dasselbe Mittel inhalirt und innerlich gegeben. Heilung in drei Tagen.

ADOLPH BRONNER.

81) **M. Aramian. Die Anwendung von Dichondraextract als ein bakterieides Mittel bei Diphtherie. (The use of extract of dichondra as a bactericide in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 4. März 1905.*

Es ist eine bekannte Thatsache, dass die Antitoxinbehandlung allein gegen das Diphtherietoxin nicht, aber gegen die dieses Toxin hervorbringenden Bacillen wirksam ist. Verf. glaubt, dass das Dichondraextract ein Mittel zur Vernichtung der Bacillen darstellt. Nach seinen Erfahrungen geschieht diese Vernichtung in 2—5 Tagen, und zwar ohne die geringsten Reizerscheinungen, da das Mittel keine caustischen Eigenschaften hat; es kann auch von Kindern in grossen Mengen verschluckt werden, da es nicht toxisch ist. Die specifische Wirkung des Mittels gegen die Diphtheriebacillen ist in Frankreich verschiedentlich erprobt worden. Die beste Methode würde in einer Combination der Antitoxinbehandlung mit der Dichondrabehandlung bestehen. Das Mittel sollte mindestens einmal täglich angewandt werden; damit sollte so lange fortgefahren werden, bis die bakteriologische Untersuchung keine Diphtheriebacillen mehr finden lässt. LEFFERTS.

82) **J. Ustvedt** (Christiania). **Die Diphtherieprophylaxis. (Diftoriprofylaxen.)** *Norsk Magaz. f. Lägevidenskaben. p. 678. 1904.*

Empfiehlt prophylactische Seruminjection. E. SCHMIEGELOW.

83) **A. Jacobsen** (Norwegen). **Die Behandlung der Diphtheritis — präventive Serumeinspritzungen. (Difteriens Behandling — praeventive Serumindsprøitninger.)** *Tidskrift for den norske Laegefoerening. 1904.*

J. hat während einer Epidemie 319 Fälle von Diphtheritis im Frederikstader Krankenhaus behandelt. Von diesen starben 11 = 3,45 pCt. Er empfiehlt sehr die präventiven Serumeinspritzungen in die Umgebung von Patienten, die subjectiv vollständig gesund sind, aber fortgesetzt Diphtheriebacillen im Schlunde haben, da man unmöglich einen sonst gesunden Menschen monatelang internirt halten könne, nur weil durch Impfung vom Schlunde aus ständig Diphtheriebacillen nachgewiesen werden konnten. E. SCHMIEGELOW.

84) **B. Garriga** (Barcelona). **Rachen-Kehlkopf-Diphtherie, mit dem Roux'schen Serum geheilt. (Difteria faringo-laringea, curada con al suoro Roux.)** *Revist. Cientifica Profesional. März 1904.*

Klinische Beobachtung eines Falles von Diphtherie, der unter rechtzeitiger Serumtherapie glücklich zur Heilung kam, und damit zusammenhängende Schlussfolgerungen. R. BOTEY.

85) **Biernacki** und **Muir. Die intravenöse Antitoxininjection bei Diphtherie. (The intravenous injection of Antitoxin in diphtheria.)** *Lancet. 24. December 1904.*

Die Methode wurde in einigen Fällen nach der Empfehlung von Dr. Cairns (Lancet 20. Dember 1902) befolgt. In der ersten Serie von 7 Fällen starben 5; wogegen in der zweiten Serie von 38 Fällen nur 3 Todesfälle waren. Die Krankengeschichte einiger Fälle ist im Detail gegeben. Verf. glaubt nicht, dass die intravenöse Methode der Injection der subcutanen überlegen ist. ADOLPH BRONNER.

86) **John H. Mc. Collom. Neun Jahre Erfahrung über Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (The experience of nine years in the treatment of diphtheria with antitoxin.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 1. Juni 1905.*

Aus seinen statistischen Zusammenstellungen zieht Verf. folgende Schlüsse: Das Antitoxin stellt ein Heilmittel von immensem Werth dar und verdient unter die grossen medicinischen Entdeckungen des 19. Jahrhunderts gezählt zu werden. Es soll in einer möglichst frühzeitigen Krankheitsperiode und in schweren Fällen in grossen Dosen gegeben werden. In Fällen von Croup ist die Intubation das Verfahren, das den Vorzug verdient.

EMIL MAYER.

87) **R. Franklin Roger. Antitoxinbehandlung der Diphtherie. (Antitoxin treatment of diphtheria.)** *Therapeutic Gazette. 15. April 1905.*

Wenn man Antitoxin zur Immunisirung solcher Personen verwenden will, die nicht direct der Infectionsgefahr ausgesetzt sind, so injicire man 500 I.-E., bei directer Infectionsgefahr 1000 I.-E. und, wenn Symptome bereits erfolgter Infection vorhanden sind, 1500 I.-E.

EMIL MAYER.

88) **Geo F. Cott. Einhundert Intubationen. (A century of intubations.)** *Laryngoscope. Februar 1905.*

Es ist sehr wichtig, zwischen diphtherischer Intoxication und Sauerstoffmangel zu entscheiden und zu wissen, in welchen Fällen Herzschwäche vorliegt. Im letzteren Fall sterben die Patienten stets und die Intubation ist unnöthig. Verf. warnt davor, die Patienten, so lange sie die Tube tragen, feste Nahrung nehmen zu lassen.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

89) **Carrasco Fernández** (Madrid). **Theilfractur des Schildknorpels. (Fractura parcial del cartilago tiroides.)** *Gazeta Médica dal Norte. Juni 1903.*

Es handelte sich in dem mitgetheilten Falle um eine Fractur der rechten Knorpelplatte in ihrer ganzen Ausdehnung mit durch die Fragmente gebildetem kleinen vorspringenden Winkel. Die Erstickungsanfälle und der anfänglich vorhandene Bluthusten nahmen allmälig ab.

R. BOTEY.

90) **H. Russell Nolan** (Sydney). **Ein Fall von Verletzung der Hinterfläche der Epiglottis. (A case of injury of the posterior surface of the epiglottis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Februar 1904.*

Die Wunde war ungefähr halb so gross wie ein Dreipennystück; sie war augenscheinlich durch ein scharfes Glasstückchen verursacht, das beim Essen mit heruntergeschluckt worden war. Dass die Wunde an der Hinterfläche sass, spricht für Anderson Stuart's Theorie über die Wirkung der Epiglottis beim Schlucken.

A. J. BRADY.

91) **Burchardt. Bemerkungen über Contusion des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 302.*

Bericht über zwei auf der Fränkel'schen Klinik beobachtete Fälle. In beiden Fällen war eine blutige Infiltration der Stimmlippe und ihrer Umgebung

sichtbar, die Beweglichkeit der Stimmlippe beschränkt, die Stimme heiser; die Veränderungen gingen in 8, bezw. 6 Tagen zurück. Wichtig ist, dass in dem einen Falle die entzündlichen Erscheinungen im Kehlkopfinnern erst 36 Stunden nach der Verletzung auftraten, um an den beiden folgenden Tagen an Intensität zuzunehmen.

F. KLEMPERER.

92) **Frank W. Smithies. Dislocation des Schildknorpels. (Dislocated thyroid cartilage of the larynx.)** *Journal of the American Medical Association. 1. Juli 1905.*

Bei dem 20jährigen Patienten war infolge eines Schlages auf den Hals der Schildknorpel derart dislocirt worden, dass er von seinem Sitz auf den Ringknorpel hinabgestiegen war. Gleichzeitig hatte eine Rotation in verticaler Richtung stattgefunden, und zwar von links nach rechts, infolge dessen die rechte Platte tiefer stand als die linke. Der Knorpel konnte im Ganzen beträchtlich bewegt werden, jedoch verursachte auch die kleinste Bewegung dem Patienten unerträgliche Schmerzen. Beim Schlucken war die verticale Excursion des Knorpels geringer als normal. Es konnte längs des vorderen Winkels keine Crepitation gefühlt werden, noch konnten die beiden Platten unabhängig von einander bewegt werden. Der untere Schildknorpelrand stand ungefähr 0,6 cm tiefer als normal.

Die laryngoskopische Untersuchung war sehr erschwert, weil der Patient den Mund nicht lange offen halten konnte; auch störte fortwährendes Husten. Man konnte sehen, dass die Stimmbänder sich mangelhaft bewegten.

Die Behandlung bestand darin, dass mittels geeigneter Manipulationen der Schildknorpel wieder in seine normale Stellung auf den Ringknorpel hinaufgeschoben wurde. Gleichzeitig wurde eine verticale Rotation ausgeführt von rechts nach links nebst seitlichem Druck, bis die Cricothyreoid-Articulation gefühlt wurde. Vorher war die ganze Kehlkopfregion am Halse mit Jodtinctur gepinselt worden. In der richtigen Lage wurde der Knorpel durch Wattebäusche, die mit Heftpflasterstreifen befestigt waren, gehalten. Gleichzeitig Bettruhe, Eisschlucken, flüssige Diät.

EMIL MAYER.

93) **J. M. Ray. Geschwülste im Kehlkopf. (Growths in larynx.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. April 1905.*

Ein höchst mangelhaft berichteter Fall ohne mikroskopische Untersuchung, ohne genaue Angabe des Sitzes der Geschwulst. Der Tumor wurde nach vorausgegangener Tracheotomie entfernt, und es wird hervorgehoben, dass nach einer Woche noch kein Recidiv vorhanden war. (! Ref.)

EMIL MAYER.

94) **Charles H. Knight. Gutartige Kehlkopfgeschwülste. (Benign neoplasms of the larynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Verf. erörtert zuerst die Frage von der Transformation gutartiger Kehlkopfgeschwülste; er steht auf dem Boden der durch die Semon'sche Sammelforschung allgemein gewonnenen Ansicht. Sodann wird die Behandlung nach den üblichen Principien besprochen.

EMIL MAYER.

95) **Edm. Meyer** (Berlin). **Ueber die Indication endolaryngealer und äusserer chirurgischer Eingriffe am Kehlkopf im Kindesalter.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 26. Vereinsbeilage. 1904.*

Vortragender spricht sich für die endolaryngeale Methode als der normalen bei Entfernung von gutartigen Tumoren im Kindesalter aus.

Demonstration dreier von multiplen Papillomen geheilter Kinder und eines Knaben, bei dem Thyreotomie wegen Blutungsgefahr zwecks Exstirpation eines den ganzen Larynx ausfüllenden cavernösen Angioms ausgeführt worden war.

ALBANUS (ZARNIKO).

96) **B. Fränkel** (Berlin). **Demonstration eines Chondroms des Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 15. Vereinsbeilage. 1904.*

Das Präparat rührt von einem 50jährigen Manne her. Vor 5 Jahren Schluckbeschwerden, seit 2 Jahren Heiserkeit. Athembeschwerden. Geringer Stridor. Kehlkopflumen von hinten und rechts durch knorpelharte, mit blasser Schleimhaut bedeckte Geschwulst fast ausgefüllt. Operation durch totale Exstirpation des Kehlkopfes. Befinden des Patienten gut. Hinweis auf die über diesen Gegenstand im 10. Bande des Archivs für Laryngol. erschienene Arbeit des Dr. Alexander (Berlin).

ALBANUS (ZARNIKO).

97) **Luigi Leto. Ein dem rechten Stimmband aufsitzendes Angiofibrom in amyloider Degeneration. (Angio-fibroma in degenerazione amiloide impiantato sulla corda vocale destra.)** *Arch. Ital. di Laringologia. III. 1905.*

Der Fall betrifft eine 58jährige Frau. Die mikroskopische Untersuchung des endolaryngeal entfernten Tumors ergab unter dem Pflasterepithel ein fibrilläres Gewebe, zwischen dessen Maschen zahlreiche Gefässe verliefen. Diese Maschen waren von einer homogenen Substanz erfüllt. Das Centrum des Tumors war von weiten Bluträumen eingenommen. Das Gefässendothel war theilweise degenerirt; bei manchen Endothelzellen war das Protoplasma in eine körnige Masse umgewandelt, die, da die Zellmembran zerstört war, ohne bestimmte Grenzen diffundirt war, andere Endothelzellen waren nur auf den Kern reducirt, während noch andere den Endothelcharakter völlig verloren hatten und sich als homogene lichtbrechende Körper darstellten. Es fanden sich die für Amyloid charakteristischen metachromatischen Reactionen: so gab die Färbung mit Gentianaviolett sehr deutlich die rubinrothe Reaction. Verf. stimmt mit den von Martuscelli und Pacinotti aufgestellten Ansichten überein, wonach diese Degenerationen rein localer Natur sind, dass sich fast stets Degenerationen des Bindegewebes und des Gefässendothels finden, dass auch nur eins oder das andere der Fall sein kann und dass Amyloidkörper sich leicht sowohl im Bindegewebe wie im Endothel vorfinden.

FINDER.

98) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Eine eigenartige Degeneration eines Kehlkopfpapilloms.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 357.*

Gutartige Geschwulst von grauweisslicher Farbe, zart punktirt; „sie trug einen eigenthümlich matten Anstrich, was sie einem Bimstein ähnlich machte". Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Papillom mit einer eigenartigen De-

generation, die Verf. als schwammige bezeichnet. Als Cardinalsymptome der schwammigen Degeneration beschreibt er: Schwund des Protoplasmas, Schrumpfung und Ausfall des Kerns, Extension und Verdünnung der Zellwände; es kommt dadurch zur Bildung eines schwammigen Netzes ohne jegliche Spur von Protoplasma und Kern. F. KLEMPERER.

99) **Durante** (Valencia). **Neues Verfahren der Laryngectomie. (Nuovo proceder de Laringectomie.)** *Valencian de Cienc. Méd. No. 84. 1904.*

Behufs Vermeidung von Wundinfection, hypostatischer Pneumonie etc. durch herabsteigenden Schleim und Speichel hat Verf. die Bildung eines Hautlappens erdacht, welcher zur Deckung des entblössten Pharynx-Oesophagus-Zwischenraumes dient. Siehe nähere Beschreibung im Original. R. BOTEY.

100) **R. Forus** (Madrid). **Der Kehlkopfkrebs und seine Beziehung zu den Lebensversicherungs-Gesellschaften. (El cáncer laringeo en relación con las sociedades de seguros sobre la vida.)** *Revist. de Especialid. No. 5. Juni 1904.*

Veranlasst durch einen Fall seiner Beobachtung, in welchem ein mit einer hohen Summe Versicherter 3 Monate nach Ausstellung des Gesundheitszeugnisses an Kehlkopfkrebs starb, plädirt F. für hinreichende laryngologische Kenntnisse der Versicherungsärzte, da gerade der Kehlkopfkrebs bei den Untersuchungen übersehen werden kann. R. BOTEY.

101) **E. Botella** (Madrid). **Einige Betrachtungen über die erste von Dr. Abelardo Horet in Valencia ausgeführte Kehlkopf-Exstirpation. (Algunas reflexiones sobre la primera exstirpacion de la laringe, practicada en Valencia por al Dr. Abelardo Horet.)** *Boletin de Laringol. etc. No. 19. 1904.*

Verf. beurtheilt in scharfer Weise den Exclusivismus Horet's in der Behandlung des Kehlkopfkrebses, der ausser der totalen Laryngotomie alle anderen Behandlungsverfahren für zwecklos erachtet. Nach Verf. müssen in jedem einzelnem Falle die klinische Beobachtung, das Mikroskop und besonders das Laryngoskop für jedes einzuschlagende Verfahren entscheiden. R. BOTEY.

102) **E. Botella** (Madrid). **Gegenwärtiger Stand der verschiedenen zur Heilung des Kehlkopfkrebses angewandten Behandlungsmethoden und ihre Ergebnisse. (Estado actual de los diferentes tratamientos empleados para la curación del càncer de la laringe y sus resultados.)** *Boletin de Laringol. etc. No. 20. 1904.*

Eingehende Besprechung der verschiedenen operativen Behandlungsmethoden, sowohl endolaryngealen wie extralaryngealen, mit Angabe der statistischen Ziffern, betreffend die Recidive, Heilungs- und Todesfälle bei jedem angewandten Verfahren. B. bespricht auch die sogenannte „medicinische" Behandlung des Kehlkopfkrebses, Anwendung des Adrenalins und der Serumtherapie, sowie der Röntgenstralen. Hinsichtlich der Einwirkung des Radiums kann wegen der kurzen Zeit seit der Entdeckung noch kein hinreichendes Urtheil gefällt werden. R. BOTEY.

103) **Alexander Strubell** (Dresden). **Zur Casuistik des Larynxcarcinoms.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 11. 1904.*

Bericht über 3 Fälle von Larynxcarcinom. Der erste Fall bot ein Larynx-



carcinom bei einem 75jährigen Manne, das von einem primären, früher operirten Schilddrüsenkrebs secundär auf den Kehlkopf übergegangen war. Der zweite Fall, ein circa pflaumengrosser, von der linken Plica epiglottica ausgehender Tumor, wurde nach vorheriger Tracheotomie radical operirt, wobei bei Mangel von jeglicher Drüseninfiltration der gut abgegrenzte Tumor vollkommen entfernt werden konnte. Patient erlag indess 5 Monate nach der Operation einer bereits früher bestandenen Bronchitis. Der dritte Fall zeigte ein secundäres Carcinom des Pharyngo-Larynx als Metastase eines Carcinoma ventriculi, welch letzteres erst durch die Larynxbeschwerden, die Patientin zum Arzte führten, zur Diagnose kam.

HECHT.

104) **v. Navratil** (Ofen-Pest). **Ueber die Indicationen und Methoden der Operation des Kehlkopfkrebses.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 76. H. 3. 1905.*

Die Indicationen nach v. Navratil lauten: 1. Die endolaryngeale Operation ist in den seltenen Fällen indicirt, wenn der Krebs nur ein in Form eines kleinen Knötchens auftritt, vollkommen umschrieben ist, weder Fixation noch Metastasen erzeugt hat. 2. Die Entfernung einzelner Theile des Kehlkopfes ohne Narkose und vorherige Tracheotomie, bloss bei localer Anästhesie mittels Laryngofissur ist angezeigt, wenn sich der Krebs bei der Probeexcision als nicht verhornter Plattenepithelkrebs erwies, als inneres Carcinom in geringer Ausdehnung und wenn er auch in diffuser Form auftrat, weder Fixation noch Metastasen erzeugte und der zu exstirpirende Theil kleiner ist als ein Drittel des Kehlkopfes. 3. Die partielle Laryngectomie in Narkose und mit präventiver Tracheotomie auf dem Wege der Laryngofissur ist angezeigt, wenn der Krebs in der Art des Plattenepithelkrebses oder des Basalzellencarcinoms als innerer Krebs auftritt, noch keine Metastasen erzeugt hat und es nicht nöthig ist, viel mehr als die Hälfte des Kehlkopfes zu exstirpiren. 4. Die Totalexstirpation des Kehlkopfes ist indicirt im Anfangsstadium des verhornten Epithelioms und des medullären Carcinoms, bei ausgebreitetem Plattenepitheliom, wenn Metastasen weder in Drüsen noch in anderen Organen nachweisbar sind.

SEIFERT.

105) **C. Compaired** (Madrid). **Fremdkörper im Kehlkopfe. (Cuerpo extrano en la laringe.)** *Revist. de Medicin. y Cirug. Prátic. No. 14. Mai 1904.*

Ein interessanter Fall von Fremdkörper bei einem 14monatlichen Kinde; ersterer verweilte bereits seit 3 Monaten im Kehlkopfe, bevor er Athmungs-, Stimm- etc. Störungen hervorgerufen hatte, und bestand aus Theilen vom Pfropfen einer Saugflasche.

R. BOTEY.

106) **C. Compaired** (Madrid). **Langes Verweilen eines Fremdkörpers im Kehlkopfe bei einem 14monatlichen Kinde. (Larga permanencia de un cuerpo extrano en la laringe de una nina de catorce meses.)** *El Siglo Médic. October 1904.*

Das Kind ertrug den Fremdkörper, ein knöchernes Scharnier, welches für die Saugflaschen verwendet wird, länger als 3 Monate, ohne Krankheitssymptome zu zeigen. Erst nachher führten Husten und Athmungsstörung zur Diagnose und zur Extraction des Fremdkörpers.

R. BOTEY.

107) **Sophus Bentzen** (Kopenhagen) **Corpus alienum laryngis.** *Hospitals-Tidende. 22. Februar 1905.*

Ein 3jähriger Knabe fiel im Juni 1904 beim Spielen um, wurde plötzlich aphonisch und die Respiration wurde stenotisch. 14 Tage später wandten sich die Eltern an den Arzt und er wurde am 2. Juli wegen Respirationsschwierigkeit ins Krankenhaus aufgenommen. Am 4. Juli Tracheotomia inferior. Er wurde in der folgenden Zeit regelmässig untersucht, ohne dass man irgend einen Fremdkörper entdeckte. Am 21. August rief man B. Der Knabe konnte durch den Larynx durchaus keine Luft holen, während eine Sonde mit Leichtigkeit sowohl oberhalb als unterhalb der Tracheotomiewunde durch die Kehle geführt werden konnte. Bei der Digitalexploration gelang es, im Sinus Morgagni dexter einen Fremdkörper zu fühlen und in zwei Reprisen in der Narkose, während man den Kopf des Kindes stark nach hinten hielt, ein grosses Stück galvanisirten Eisendrahtes zu entfernen. Im September entfernte man die Canüle und im November war er vollständig normal.

E. SCHMIEGELOW.

108) **Rabot** (Lyon). **Ascaris lumbricoides in der Trachea. (Ascaride lombricoide dans la trachée.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 9. Septbr. 1904.*

Es handelte sich um ein an Diphtherie erkranktes Kind, das zuerst intubirt, dann tracheotomirt wurde, ohne dass die Dyspnoe abnahm. Man sah dann einen Ascaris in der Canüle erscheinen, und als der Parasit entfernt war, athmete das Kind gut.

PAUL RAUGÉ.

109) **Morales Perez** (Madrid). **Ein während vierzig Tagen im rechten Bronchus lagernder und spontan entfernter Fremdkörper. (Cuerpo extrano introducido en el bronquio derecho durante cuaranta dias y expulsado espontáneamente.)** *El Siglo Médic. No. 26, 47. 1904.*

Der mitgetheilte Fall betraf ein 8jähriges Mädchen. Im Anschluss daran bespricht Verf. die Vortheile der Radioskopie und die Nothwendigkeit, sich mit chirurgischen Eingriffen zweifelhaften Werthes nicht zu sehr zu beeilen, sofern nicht ernste Complicationen vorlägen.

R. BOTEY.

110) **M. W. Willis. Fall von Entfernung eines Fruchtkerns, der fünf Tage lang im rechten Bronchus gesessen hatte. (A case of removal of a fruit stone which had been lodged in the right bronchus for five days.)** *Lancet. 10. December 1904.*

Die 4jährige Patientin wurde vier Tage, nachdem sie den Fremdkörper verschluckt hatte, tracheotomirt. Es bestand etwas Fieber, die Athemgeräusche waren auf der rechten Seite abgeschwächt; es bestanden häufige Anfälle von leichter Dyspnoe. Die Trachea wurde unterhalb des Isthmus der Schilddrüse eröffnet. Der Stein wurde mittels einer Zange aus dem rechten Bronchus entfernt. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

111) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie zur Entfernung eines Kragenknopfes aus der Lunge. (Bronchoscopy for the removal of a collar botton from the lungs.)** *Illinois Medical Journal. Mai 1905.*

Es wurde eine Masse entfernt, in der — wie der Verf. glaubt — der Fremd-

körper enthalten war. Eine Untersuchung darüber wurde nicht angestellt; da der Patient aber unmittelbar nach der Entfernung jener Masse durch die Bronchoskopie hergestellt war, so erklärt sich Verf. mit dieser Thatsache zufrieden.

EMIL MEYER.

112) **H. H. Germain. Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body in the bronchus.)** *Journal of the American Medical Association. 8. Juli 1905.*

Ein 21 Monate altes Kind aspirirte einen Fruchtkern, 4 Tage später wurde die Tracheotomie gemacht und nach 5 Tagen wurde ein 25 cm langes Endoskop durch die Tracheotomiewunde eingeführt. Man sah den Fremdkörper im rechten Bronchus; er konnte mittels Zange leicht entfernt werden. Die Tracheotomiecanüle wurde 48 Stunden lang liegen gelassen, dann für kurze Zeit und nach einigen Tagen definitiv entfernt. Nachdem das Kind noch eine schwere Bronchopneumonie durchgemacht hatte, genas es völlig.

EMIL MAYER.

113) **Nowotny. Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in den Bronchien. (Przyczynek do kazuistyke cial obcych w osknelach i tcha wicy.)** *Przeglad Lekarski. No. 25. 1905.*

Bei einem 9monatlichen Kinde entfernte Verf., nachdem plötzliche Dyspnoe entstanden, einige Tage später mittels Tracheoskopie einen Fremdkörper, welcher im unterem Theile der Trachea und oberen Theile des rechten Bronchus eingekeilt war. Der Fremdkörper wurde mittels Pincette entfernt und erwies sich als ein viereckiges, ungefähr 1 cm langes Knochenstück mit scharfen Rändern. Das Kind starb einige Tage darauf bei bestehender Athemnoth. Die Autopsie erwies ein Decubitusgeschwür, welches über die ganze innere Fläche des Kehlkopfs sich ausbreitete; ein Theil der Cricoidknorpel fehlte gänzlich. Das Geschwür entstand nach Verf.'s Ansicht infolge von Druck des Fremdkörpers, welcher wahrscheinlich zuerst in dem Kehlkopfe eingekeilt war, bevor er unten in die Trachea rutschte.

Im zweiten Falle, ein halbjähriges Kind betreffend, welches infolge 3 Monate lang bestehender Dyspnoe tracheotomirt wurde, entfernte Verf. mittels Tracheoskop eine Apfelschale, welche gänzlich den unteren Theil der Trachea obturirte; trotzdem das Athmen frei wurde, starb das Kind infolge eitriger Pneumonie.

A. v. SOKOLOWSKI.

114) **Albert Thost** (Hamburg). **Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien.** *Mit 2 Röntgentafeln und 2 Abbild. im Text. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1905.*

In dem ersten Falle — Aspiration „einer dünnen Blechhülse von einem gewöhnlichen Federhalter“ bei einem 8jährigen Knaben — gelang die Extraction nicht. Der Patient starb an Lungenödem. Im zweiten Falle — Aspiration einer eisernen Schraube in den linken Bronchus bei einem 3jährigen Knaben — wurde der Fremdkörper nach vorheriger Tracheotomie mittels des Elektromagneten entfernt. Anschliessend epikritische Erörterungen über beide Fälle, die sich zu kurzem Referate nicht eignen, technische Hinweise, betreffs des geeignetsten Instrumentariums und Angabe neuer Instrumente, die in der Arbeit abgebildet sind. Ausser den bisher üblichen Extractionsmethoden, der noch selten angewand-

ten Extraction mittels des Elektromagneten, erörtert Thost die Extractionsmöglichkeiten durch Anleimung oder Ankittung an das mit einem Klebestoff armirte Instrument, des Ferneren die Entfernung geeigneter Fremdkörper durch Aspiration. Bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden. HECHT.

115) **Hermann von Schrötter** (Wien). **Klinischer Beitrag zur Bronchoskopie.** *Mit 7 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 26 u. 27. 1905.*

Bericht über zwei mittelst directer, oberer Bronchoskopie entfernter Fremdkörper. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein aspirirtes Stückchen Lorbeerfrucht mit consecutiver Bildung bronchiectatischer Herde und pneumonischer Erscheinungen. In dem zweiten Falle wurde bei einem $4^3/_4$jährigen Knaben ohne allgemeine Narkose in sitzender Stellung ein eiserner Tapezirernagel, der bereits von einem Granulationswall umgeben war, mittels Pincette entfernt, nachdem ein vorheriger Versuch der Extraction mittels des Magneten nicht zum Ziel geführt. Anschliessend epikritische und technische Erörterungen. HECHT.

f. Schilddrüse.

116) **Stefano Balp. Statistische und ätiologische Daten über die Endemie von Kropf und Kretinismus in der Provinz Turin. (Dati statistici ed eziologici sull'endemia gozzo-cretinica nella provincia di Torino.)** *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino. April 1904.*

Auf Grund seiner sorgfältigen und ausführlichen Arbeit kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Die Insufficienz der Schilddrüse stellt die Ursache des Kropfs und des Cretinismus dar. Die Krankheit hat einen endemischen Charakter, jedoch mit ausgesprochenen epidemischen Wiederholungen. Die Krankheit und ihre Folgen sind beim Erwachsenen leicht, sehr schwer dagegen, wenn sie angeboren oder in der Kindheit erworben ist oder bei einem erblich Belasteten vorkommt; sie hat die besondere Eigenschaft, die Intelligenz des Kindes auf dem Standpunkt festzuhalten, auf dem dieses beim Eintritt der Krankheit sich befand. Die Heredität beeinflusst zwar in hohem Grade die Schwere der Infection, sie ist aber nicht deren ausschliessliche oder nothwendige Ursache. Eine Hyperactivität der Schilddrüse (jugendliches Alter, wiederholte Schwangerschaften) prädisponiren zur Erkrankung. Die schlechten hygienischen Verhältnisse, das Leben in feuchten, dunklen Räumen tragen zur Entwickelung der Krankheit bei. Der Hauptträger der Infection ist das Trinkwasser. Ursache der Infection ist eine infectiöse Substanz, die nicht an die Verhältnisse des Bodens gebunden ist, noch in diesem existirt, sondern zufällig dahin gelangt und von dem Boden in oberflächlich gelegenes Wasser, Quellen etc. gelangt. Die Thyreoidtherapie giebt gute Resultate, wenn sie bei Kranken ausserhalb von Orten, wo Cretinismus endemisch ist, angewandt wird. Das Geheimniss der Behandlung des endemischen Kropfs und Cretinismus besteht in Luft, Licht, Reinlichkeit, Reform der Wasserversorgung.

FINDER.



117) **L. B. Barker** und **Andre. Ueber Morbus Basedow. (On exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical News. 26. April 1905.*

In einer gemeinschaftlichen Sitzung der Chicagoer Neurologischen Gesellschaft und der Chicagoer Medicinischen Gesellschaft wurden die Symptome und Behandlung des Morbus Basedow in freier Discussion erörtert.

Mettler constatirte bei der Besprechung der larvirten Formen der Krankheit, dass nach Ansicht einiger der Morbus Basedow eine seltene, nach der Ansicht anderer eine häufige Affection sei. Das kommt daher, dass die Definition der Krankheit noch Schwankungen unterliegt. Eine Tabelle der sogenannten Symptome weist über 75 klinische Erscheinungen auf. Verf. theilt diese Symptome in: a) typische, b) zweifelhafte Symptome und c) Complicationen und Begleiterscheinungen.

Graddle erörtert die Augensymptome beim Morbus Basedow.

Mix berichtet über zwei sehr schwere Fälle.

LEFFERTS.

118) **R. Dürig** (München). **Ein Beitrag zur Serumbehandlung des Morbus Basedowii.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1905.*

Verabreichung des Serums in grossen Dosen (bis zu 150—210 gtt. pro die) mit positivem Erfolg, jedoch mehrfaches Auftreten von Complicationen (Kopf- und Kreuzschmerzen, Mattigkeit, Uebelkeit, Ansteigen der Pulsfrequenz, Schmerzen in der Nierengegend, Gedächtnissschwäche etc.), die nach Aussetzen der Medication wieder verschwanden.

HECHT.

119) **Peters** (Bad Petersthal in Baden). **Drei Fälle von Morbus Badedowii.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1095.*

Casuistische Mittheilung dreier Fälle, von denen einer spontan sich besserte, die beiden anderen auf Verabreichung von Antithyreoidin Moebius deutliche Besserung erkennen liessen.

HECHT.

120) **Georg Lomer** (Neustadt in Holstein). **Antithyreoidin Moebius bei Basedow'scher Krankheit mit Psychose.** *Mit 1 Sphygmogramm. Münch. medic. Wochenschr. No. 18. 1905.*

Bei einer an chronischer Psychose leidenden Patientin trat ein acuter Basedow ein, dessen Erscheinungen sich auf Antithyreoidin-Verabreichung sehr rasch zurückbildeten, nach Aussetzen des Serums jedoch theilweise wieder in Erscheinung traten.

HECHT.

g. Oesophagus.

121) **Sir Williams Collins. Fall von erfolgreicher Extraction von Münzen aus dem Oesophagus. (Case of successful extraction of coins from the oesophagus.)** *Lancet. 10. December 1904.*

Der $4^1/_2$jährige Knabe gab an, ein Pennystück verschluckt zu haben. Er konnte Flüssigkeiten, aber keine festen Speisen schlucken. Ein Röntgenbild zeigte den Fremdkörper in Höhe des 3. bis 4. Rückenwirbels. Unter Chloroformnarkose wurden zwei Halbpennystücke mit dem Münzenfänger entfernt.

ADOLPH BRONNER.

122) **Nowotny. Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper im Oesophagus. (Przyczynek do kazuistyks cial obcych w przelyku.)** *Przeglad Lekarski. No. 25. 1905.*

Bei einem 5jährigen Kinde, welches vor 7 Monaten einen Metallknopf hinuntergeschluckt hatte, entdeckte Verf. denselben mittelst Oesophagoskopie im oberen Theile des Oesophagus. Das Kind begann darauf zu fiebern, es entstand Athemnoth und Emphysema subcutaneum colli. Bei zunehmender Dyspnoe schritt N. zur Tracheotomie und überzeugte sich darauf später mittelst Tracheoskops, dass die Trachea frei war. Das Kind starb bald darauf. Bei der Autopsie wurde der Knopf im Oesophagus entdeckt und nebenbei ein Decubitusgeschwür mit Durchbruch des Oesophagus ins Cavum mediastini mit folgender gangränöser Mediastinitis, Pneumothorax und Pleuritis septica. Im zweiten Falle, bei einem $2^1/_2$ jährigen Kinde, bei welchem eine Kupfermünze (2 Kopeken) im Oesophagus eingekeilt war, wurde dieselbe mittels Oesophagoskops in den Magen hinuntergedrängt. Im dritten Falle, ein Knochenstück im oberen Theile des Oesophagus bei einer 26jährigen Frau eingeklemmt, wurde dasselbe vom Verf. mittelst Oesophagoskops glücklich entfernt.

A. v. SOKOLOWSKI.

123) **Peissonier** (Lyon). **Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper des Oesophagus. (Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 22. Februar 1905.*

Es handelte sich um ein seit 3 Tagen verschlucktes Knochenstück. Die Oesophagoskopie und Radioskopie ergaben kein befriedigendes Resultat. Ein Versuch der Extraction per vias naturales wurde nicht gemacht. Zwei Tage nach dem Verschlucken des Fremdkörpers stieg die Temperatur auf 39°, und nun entschloss man sich zur Oesophagotomia externa. Nach Eröffnung der Speiseröhre fand man den Knochen in der Schleimhaut eingebettet, ungefähr oberhalb des Ringknorpels. Während der Zeigefinger in den Rachen eingeführt wurde, um den Larynx zu fixiren, wurde der Fremdkörper mobilisirt und mittels einer durch die Oesophagotomiewunde eingeführten Pincette extrahirt. Seidennaht der Oesophaguswand und der Haut. Heilung.

PAUL RAUGÉ.

124) **Hugo Starck** (Heidelberg). **Fremdkörperextraction im Oesophagus.** *Mit 3 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Bericht über vier einschlägige Fälle nebst Besprechung der Technik.

HECHT.

125) **Albert Reizenstein** (Nürnberg). **Die Diagnose und Extraction von Fremdkörpern der Speiseröhre mit dem Oesophogoskop.** *Mit 4 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Bericht über sechs einschlägige Fälle, Besprechung der Diagnose und Technik.

HECHT.

126) **Otto Franck** (Langenhagen). **Ueber Oesophagusaufblähung zur Beseitigung eines Fremdkörpers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Auf hoher See trat bei einem Patienten, der „einen offenbar stricturirten oder durch Divertikelbildung unwegsam gemachten Oesophagus“ besass, eine Ein-

klemmung eines verschluckten grossen Fleischbissens im Oesophagus ein. Von Instrumenten stand nur die Sonde zur Verfügung, die aber bei der hochgradigen Schleimhaut-Reflexerregbarkeit des Patienten, der ausserdem noch an Arteriosklerose litt, nicht eingeführt werden konnte. Alle anderen angewandten Mittel versagten gleichfalls. Autor „mischte nun die Componenten zweier Brausepulver getrennt mit wenig Wasser und gab sie dem Patienten mit der Weisung, sie rasch hintereinander zu trinken und auf keinen Fall aufzustossen". Nach dem Hinunterschlucken wurden Mund und Nase krampfhaft zugehalten, und hierdurch gelang es den Verschluss der Speiseröhre zu beseitigen, indem „das sich entwickelnde Gas den vollkommen die Lichtung abschliessenden Bissen wie den Pfeil in einem Pustrohre vor sich herschob" und in den Magen hinabtrieb. HECHT.

127) **Franz Ehrlich** (Stettin). **Entfernung eines Knochensplitters aus der Speiseröhre im Oesophagoskop durch „untere Oesophagoskopie".** *Mit 2 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1905.*

Entfernung eines 3,3 cm langen, rhombischen, spitzen Knochensplitters aus der Cardia durch die Oesophagotomiewunde nach vorheriger Oesophagotomie statt Laparotomie und Eröffnung des Magens. Vollkommene Heilung und Arbeitsfähigkeit. Eine Extraction durch das Oesophagoskop vom Munde aus hatte sich als unmöglich erwiesen. HECHT.

128) **J. T. Bogle. Fall von Extraction einer Münze aus dem Oesophagus. (Case of extraction of a coin from the oesophagus.)** *Lancet. 4. Februar 1905.*

Ein 5jähriger Knabe verschluckte ein 10 Centesimistück, erbrach danach 24 Stunden lang. Während der nächsten 5 Tage konnte er flüssige und halbfeste Nahrung nicht leicht schlucken. Die Athmung war normal, die Stimme war etwar heiser. Die Röntgenstrahlen zeigten den Fremdkörper im Oesophagus gerade hinter dem Manubrium sterni; er wurde mittels des Münzenfängers in Chloroformnarkose extrahirt. ADOLPH BRONNER.

129) **H. Douglass Stephens** (Melbourne). **Ein Halbpennystück 76 Tage lang in der Speiseröhre. (Case of half-penny in the oesophagus for seventy-six days.)** *Australasian Gazettte. 1905.*

Ein 5jähriger Knabe wurde in das Kinderkrankenhaus gebracht in der Annahme, dass er an adenoiden Vegetationen leide; es waren Athembeschwerden, besonders während des Schlafes vorhanden; beim Athmen hörte man ein lautes pfeifendes Geräusch, das scheinbar aus der Nase kam. Die Untersuchung ergab nichts Abnormes. Auf Fragen gab er zu, eine Münze verschluckt zu haben. Röntgenstrahlen zeigten den Fremdkörper in Höhe des oberen Sternalrandes. Extraction mittels des Münzenfängers. A. J. BRADY.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XII. Versammlung Süddeutscher Laryngologen, Heidelberg.

Pfingsten, 12. Juni 1905.

Officieller Bericht des Schriftführers Dr. F. Blumenfeld, Wiesbaden.

(Der ausführliche Verhandlungsbericht erscheint bei Stuber [C. Kabitzsch] in Würzburg.)

Vorsitzender: Avellis (Frankfurt a. M.).

Aus der Geschäftssitzung sei hervorgehoben, dass die Versammlung beschloss, eine frühere Resolution betreffs laryngologischer resp. oto-laryngologischer Sectionen auf internationalen Congressen und Naturforscherversammlungen aufrecht zu erhalten, also in dem Sinne, dass eine Trennung dieser Sectionen und deren Selbstständigkeit gefordert wird.

Wissenschaftliche Sitzung.

O. Seifert: Nachbehandlung der Adenotomie.

Der wichtigste Punkt der Nachbehandlung ist die Beseitigung der abnormen Mundathmung, auf die noch immer nicht genügendes Gewicht gelegt wird und die auch in der Literatur im Allgemeinen wenig Beachtung findet. Der Operirte soll systematische Athmungsübungen bei geschlossenem Munde machen, und zwar je zehn tiefe Athemzüge, dann eine Pause, im Ganzen etwa fünfzig Athemzüge. Der Zweck dieser Uebungen, das Wiedereintreten der Nasenathmung, wird unter Umständen schon in acht Tagen, manchmal erst in Monaten erreicht. S. hat in langjähriger Praxis noch niemals von Mundschliessern Gebrauch gemacht.

Discussion:

Barth ist gegen jede Anästhesie bei Mandelentfernung.

Siebenmann weist auf anatomische Verhältnisse hin, welche das Wiedereintreten der Nasenathmung nach der Adenotomie erschweren können.

v. Eicken warnt vor aller Verwendung des Cocain bei Entfernung der Rachenmandel.

Krebs empfiehlt das Jod zur Vermeidung von Recidiven.

Schröter, Zahnarzt (Kassel): Einfluss der Kieferdehnung auf das Naseninnere.

Eine anormale Zahnstellung kann dadurch, dass der senkrechte Kaudruck in einen mehr schrägen oder seitlichen verändert wird, Verschiebungen des Oberkiefers, harten Gaumens, Nasenbodens, Nasenseptums etc. bedingen. Diese Verschiebungen bedingen symmetrische oder asymmetrische Nasenenge, das Septum kann eine Verbiegung erleiden. Diese Anschauung macht Sch. zur Grundlage seiner Therapie, indem er durch mechanische Einwirkung auf die Zahnstellung die vorhandene Deviation des Septums und Enge der Nasenhöhle auszugleichen versucht.

Discussion:

Vohsen begrüsst es, dass die schon in die weitere Oeffentlichkeit gedrungenen Behauptungen des Vorredners der Kritik der Rhinologen unterbreitet werden. Der Gaumen kann allerdings, wie die vorgelegten Präparate beweisen, durch Maschinen verbreitert werden. Eine Verflachung und Herabdrückung der Gaumenkuppe, mithin der Ausgleich einer Deviation oder Erweiterung der Nasenhöhle findet nicht statt. Auch die Fortpflanzung des Kaudruckes im Oberkiefer etc. spielen sich nicht in der vom Vortragenden behaupteten Weise ab.

Siebenmann schliesst sich den Ausführungen des Vorredners an, bestätigt die Erfahrungen des Vortragenden nur insoweit es sich um Besserung der der Nasenathmung durch orthopädische Behandlung des offenen Bisses handelt. Jedoch ist seine Erklärung dieser Besserung nicht die des Vortragenden.

Killian: Die traumatischen Fälle von Verschiebungen der Nasenscheidewand müssen ausscheiden. Es ist das vom Vortragenden nicht geschehen. Die Rhinologen sind nicht der Ansicht, dass Zahnstellung primär, die Stellung der Nasenscheidewand secundär ist.

Waldmann kann sich den Ausführungen des Vortragenden nicht anschliessen.

Behrendt weist auf die Rolle, welche der Muskeldruck hier spielt, hin.

Ferner: Bloch und Mink.

Winkler: Die Laryngofissur nach Semon's Vorschrift.

W. berichtet über vier seit 1903 weiter nach dieser Methode operirte Fälle. Aethernarkose ist nicht rathsam, Chloroform (Morphium) vorzuziehen. Hautschnitt vom Zungenbeim bis Sternum, Freilegung des Kehlkopfgerüstes und oberen Trachealringes, Spaltung der Trachea, Schwammcanüle. Die von Semon angegebene Operationspause von 10 Minuten hat W. nicht immer genügt, um einen sicheren Abschluss zu erzielen. Spaltung der Trachealknorpel, Application von Cocain und Adrenalin auf die Kehlkopfschleimhaut, Entfernung des Erkrankten mit Cowper'scher Scheere, Raspatorium etc., sorgfältige Blutstillung und Naht der Kehlkopfwunde. Die Hauptschwierigkeit der Operation besteht darin, dass die Fragen: 1. wie weit sich die Schildknorpelplatten, ohne nachträgliche Ernährungsstörungen zu erleiden, entblössen lassen; 2. wann man sofort zur Entfernung des Knorpels, bezw. zur halbseitigen Kehlkopfexstirpation schreiten muss, und 3. wie weit überhaupt die erkrankten Schleimhautduplicaturen aus dem Innern des Larynx ohne nachträgliche Stenose entfernt werden können, noch gänzlich unbeantwortet und überhaupt noch nicht discutirt sind. Bericht über die Fälle.

Discussion:

Semon: Besprechung technischer Einzelheiten. In Bezug auf die Frage, ob nur in weichen Theilen operirt werden soll oder Theile des Knorpelgerüstes zu entfernen sind, muss streng individualisirt werden. Bei Carcinom ist die Frühdiagnose die Hauptsache. S.'s dauernde Erfolge stehen über 80 pCt.

Hansberg: Laryngotomie bei Kehlkopftuberculose.

Bericht über drei Fälle von Heilung nach dieser Operation. Tracheotomie lässt Hansberg einige Zeit der Kehlkopfoperation vorausgehen. In dem einen

Falle hat die Heilung 15 Jahre angehalten. Bei sorgfältiger Auswahl der Fälle ist die Thyreotomie bei Kehlkopftuberculose angezeigt.

Discussion:

Barth: Auch die Kehlkopfexstirpation kann bei Tuberculose angezeigt sein.

Jessen: Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit Sonnenlicht.

Bericht über gute in Davos erzielte Erfolge dieser Methode.

Discussion: Aronsohn.

Blumenfeld weist auf die Bedeutung der chirurgischen Behandlung hin.

Siebenmann: Demonstration der Kehlköpfe mehrerer osteomalacischer Frauen.

Fehlen der Verknöcherung in den Kehlkopfknorpeln, das auf dem Skiagramm deutlich wird.

Albert Rosenberg: Ueber einseitige Stimmbanderkrankungen.

Solche sind zweifellos nicht ohne jede Ausnahme specifischer Natur. Drei Fälle, die chronisch verliefen und mit Röthung, Verdickung und Schwerfälligkeit der Bewegung eines Stimmbandes verliefen, werden angeführt. Differentiell-diagnostische Momente werden angegeben.

R. Hoffmann: Ein Fall von isolirtem Primärcarcinom der Trachea.

Der Tumor hatte seinen Sitz vom I. bis IV. Trachealknorpel reichend an der rechten Seitenwand, breitbasig. Es handelte sich um ein Cylinderzellencarcinom, von den Schleimdrüsen der Trachea ausgehend, ausserdem um eine die Luftröhre umgreifende Struma. Tödtlicher Ausgang durch Ersticken.

Kronenberg: Ein Beitrag zur Symptomatologie der motorischen Lähmung des N. laryngeus superior.

Die Schädigung des Nerven war durch eine an der Aussenseite des Halses sitzende Cyste bedingt. Auffallend tiefe Sprache. Das betroffene linke Stimmband steht deutlich tiefer als das rechte. Verkürzung und wellige Form desselben nicht sicher festzustellen.

Discussion: Avellis.

Avellis: Primäres Keilbeinhöhlencarcinom mit Röntgen-Abbildungen.

Plattenepithelcarcinom eines Herrn, der 15 Jahre an atrophischer Rhinitis behandelt worden. Erste Symptome Kopfschmerz, kleine Blutansammlungen am Rachendach. Diagnose durch Röntgenaufnahme.

Discussion:

Killian (Freiburg): Durch Rhinoscopia media lässt sich die Diagnose dieser Tumoren ausserordentlich früh stellen.

Killian (Freiburg): 1. Ueber den Ursprung der Choanalpolypen.

Dieselben entstammen der Kieferhöhle und gelangen durch ein Foramen accessorium in die Nasenhöhle, bezüglich in den Nasenrachenraum, erhalten infolge dessen die Gestalt eines Zwerchsackes, von dem die eine Hälfte in der Kieferhöhle, die andere im Nasen- und Nasenrachenraum steckt. Selbstverständlich könnte analoge Bildung auch von anderen Nebenhöhlen ausgehen. Die Ursache dürfte in einer Entzündung der Schleimhaut der betreffenden Nebenhöhle zu finden sein.

2. Neue Instrumente zur submucösen Resection der Nasenscheidewand.

Demonstration einer neuen Subcutanspritze für Cocain-Adrenalinlösung, eines Killian'schen Elevatoriums, welches etwas modificirt ist, einer neuen Zange mit grossen geriefelten Flächen zur Entfernung der Knorpelstücke der Cartilago quadrangularis.

3. Ein Spiegelmodell des Kehlkopfes.

Dient zur Demonstration der verschiedenen Lagen des Kehlkopfes bei verschiedener Stellung des Untersuchten resp. Untersuchenden.

4. Demonstration von Fremdkörpern, die aus der Speiseröhre, aus der Trachea und den Bronchien stammen.

Platte Fremdkörper können durch die Oesophagoskopie entfernt werden, wie ein vorgelegtes Goldstück. Hingegen ist die Oesophagoskopie contraindicirt, wenn es sich um scharfe Fremdkörper handelt, welche die Wand des Oesophagus durchbohren. Beispiel: Ein Fall von verschlucktem Glassplitter, der durch äussere Operation entfernt wurde. Durch directe Tracheo- bezw. Bronchoskopie wurden mehrere Fremdkörper entfernt. Besonders schwierig gestaltete sich die Entfernung eines Pfeifchens bei einem 7jährigen Kinde aus der Tiefe des rechten unteren Lungenlappens.

5. Verbesserung am bronchoskopischen Instrumentarium.

6. Bronchoskopie und Lungenchirurgie.

Herderkrankungen der Lunge können durch Bronchoskopie erkannt werden, wenn sie in Beziehungen zum Bronchialbaum stehen. Ein weiterer Ausbau unserer Kenntniss von dem Baue der Bronchialverzweigungen, mit denen Vortragender beschäftigt ist, ist nothwendig. Röntgenaufnahmen und Messungen ergaben, dass Sonden fast bis zur Lungenfläche vordringen können. Die Fortschritte der Bronchoskopie sind besonders zur Diagnose und Feststellung des Ortes eines Herdes oder eines Fremdkörpers von Vortheil, insbesondere auch für die Fremdkörper-Pneumotomie.

Discussion:

Winkler berichtet von einem aus einem Bronchus extrahirten Knochenstück.

Stark empfiehlt bei starken Secretansammlungen die Untersuchung auf dem schräg gestellten Operationstisch.

v. Eicken empfiehlt verschiedene Lagerungen je nach Lage des Falles.

12. Sänger: Ueber Asthmabehandlung.

Diese besteht in einer bestimmten Art der Athemgymnastik, mit welcher einerseits die Lungenblähung bekämpft und andererseits die Ueberempfindlichkeit des Centralnervensystems gegen Lufthunger bezw. lufthungererzeugende Reize herabgesetzt werden sollen. Die Behandlung Sänger's ist wesentlich eine pädagogische und besteht darin, den gestörten Athmungsmechanismus durch Betonung möglichst ausgiebiger Ausathmung auszugleichen. Sänger lässt seine Kranken mit mässig lauter Stimme und unter besonderer Dehnung der Vocale zählen. Nach je vier bis fünf Zahlen wird eine Pause gemacht, welche für die Einathmung bestimmt ist. Hierdurch wird der Kranke von seinem Leiden abgelenkt. Der Kranke soll lernen, aus eigener Kraft der bedrohlichen Erscheinungen eines Anfalles Herr zu werden. Es sind deshalb die Uebungen zunächst in der anfallsfreien Zeit vorzunehmen. Die Uebungen können mit Sauerstoffinhalation oder unter Benutzung des Waldenburg'schen Apparates vorgenommen werden. Was die Therapie des Asthmas von der Nase aus angeht, so hält Sänger eine Behandlung der Nase nur dann für angezeigt, wenn hier thatsächlich athmungsstörende Abnormitäten vorhanden sind.

13. Arthur Hennig: Ueber Inhalationstherapie.

Besprechung der modernen Inhalationsapparate (Bulling, Heryng, Reitz und Hössle). Hennig empfiehlt neben dem Heryng'schen Apparate besonders die von Reitz vorgeschlagene Modification. Es besteht die Möglichkeit, auf dem Athmungswege Arzneikörper direct ins Blut überzuführen. Die betreffenden Heilmittel (Eisen, Quecksilber, Jod) sollen auf diesem Wege wirksamer sein.

14. J. A. Killian (Worms): Ueber den Sitz und die Eröffnung tiefliegender Abscesse der Gegend der Zungenbasis und des angrenzenden Pharynxabschnittes durch Operation von aussen.

Ueber den anatomischen Sitz dieser Abscesse herrschte bisher keine Klarheit. Es finden sich in der Zungenbasisregion zwei Spalträume von Bedeutung, ein medianer zwischen den Mm. genio-glossi und ein lateraler an der medialen Fläche des M. hyoglossus, in welchem der Stamm der A. lingualis verläuft. Dieser wichtige Spaltraum ist oben abgeschlossen durch das Eindringen der Bündel des M. hyoglossus in den Zungenkörper, unten durch das grosse Zungenbeinhorn und die hier inserirenden Muskeln der tiefen, seitlichen Oberzungenbeinregion. Eine Projection des M. hyoglossus auf die Innenfläche des Hypopharynx trifft vorn Zungenbasis, dann Seitenwand der Valleculae und zuhinterst den Theil der Schlundwand, welchem der Uebergang der Plica pharyngeo-epiglottica auf erstere angehört. Von diesen Spalträumen der Zungenbasisregion scheint der laterale mit relativer Häufigkeit Sitz einer Phlegmone und Abscedirung zu sein, welche folgende klinische Erscheinungen macht:

1. Eine derbe, diffuse, sehr druckempfindliche Schwellung in der Tiefe der seitlichen Oberzungenbeingegend, etwa der Gl. submaxillaris entsprechend, während Unterhautbindegewebe und Haut freibleiben.

2. Eine derbe Anschwellung des betreffenden Zungengrundes mit mässiger Kieferklemme, während der Mundboden freibleibt.

3. Halbseitiges Oedem des Kehlkopfeinganges, welches Aryknorpelgegend, Plica ary-epiglotticagegend, Kehldeckelhälfte, Plica pharyngo-epiglottica, Wände der Vallecula und später oft Uvula und weichen Gaumen einnimmt.

4. Fieber um 38°, Schluckschmerzen in das Ohr ausstrahlend, rauhe Stimme, später Athemnoth.

Vom Verfasser wurde ein hierher gehöriger Fall von aussen operirt. Der M. hyoglossus wurde freigelegt und der Abscess fand sich, wie erwartet, sofort beim Vordringen auf die mediane Seite des Muskels vor.

Abscesse des mittleren Spaltraums werden durch einen medianen Schnitt eröffnet.

Die Therapie der tiefliegenden Zungenbasisabscesse gipfelte früher in der Empfehlung dreister, tiefer Längsincisionen. Schattenseiten derselben sind Unübersichtlichkeit des Operationsgebietes, Unmöglichkeit einer exacten Blutstillung und Unsicherheit, den Abscess auf diese Weise zu treffen. Partsch (Handbuch der practischen Chirurgie) trat für Eröffnung für aussen ein, ohne jedoch Angaben über eine solche Operationsmethode zu machen.

Zögert die Spontaneröffnung oben genannter Abscesse und lässt sich eine deutlich fluctuirende Stelle im Zungengrunde durch Palpation auffinden, so eröffne man von hier aus. Ist dies aber nicht der Fall und nöthigen Athemnoth und drohende Sepsis zu schleuniger und sicherer Eröffnung des Abscesses, dann ist die Operation von aussen indicirt. Desgleichen in allen Fällen, wo die Phlegmone progressiv ist und in dem speciellen Falle, wenn Complication mit Arrosionsblutung aus dem Stamme der A. lingualis vorliegt.

15. Rich. Hoffmann: Multiple Hirnabscesse nach doppelseitiger traumatischer Stirnhöhleneiterung.

Das Trauma fand am 30. September 1896 statt. Seitdem häufig Schmerzen in der linken Stirngegend, Appetitlosigkeit etc. 27. April 1897 Eröffnung der eiterig entzündeten Stirnhöhlen, deren hintere Wand theilweise zerstört war. Im weiteren Verlaufe cerebrale Erscheinungen wie motorische Aphasie, Facialislähmung etc., die jedoch zurückgingen, im October aber wieder auftraten. Eröffnung eines Abscesses im temporalen Theile des linken Stirnherdes. Nach zeitweisem Versiegen der Eiterung kurze Zeit nach neuer Eröffnung des Abscesses Exitus im Coma. Section: Eiterige Meningitis der Basis und der Convexität, links ausser dem diagnosticirten Hirnabscess, der leer war, noch zwei weitere, von denen der eine in den Ventrikel durchgebrochen war.

16. Ernst Winkler: Weitere Beiträge zur Correctur schiefer Nasen.

Bei der Geradestellung alter Nasenfracturen handelt es sich nicht nur um den kosmetischen Effect, sondern auch um die Beseitigung der Beschwerden, welche die verlegte Nasenathmung veranlasst. Alle eingekeilten Fragmente sind zunächst

vollkommen zu lockern, ehe man die Reparatur und Modellirung des Nasengerüstes vornimmt. Die breiten Metallsonden, welche Winkler seit Jahren benutzt, können mit Vortheil angewendet werden. Man legt diese Sonden innen an den Rücken des Nasengerüstes, um die eingekeilten Fragmente zu knicken und das Nasengerüst in die Höhe zu heben. Bericht über einen Fall:

16jähriger Radfahrer, der durch Hufschlag eines Pferdes im Gesicht getroffen war. Das ganze Nasendach nach links verschoben, die Nasenspitze nach rechts. Die rechte Nase ganz durchgängig, die linke ein wenig, Septumperforation. In Narkose Mobilisirung der eingekeilten Fragmente unter theilweiser Entfernung des Vomers und Aufhebelung der ganzen Nase. Modellirung der Nase, bis sie gerade steht, Tamponade des oberen Nasenabschnittes. In den unteren Nasengang werden Metallröhren eingelegt, um die Nasenspitze in gerader Richtung zu halten. Eine leichte wiederauftretende Verengerung der rechten Nasenöffnung wurde durch Nachoperation beseitigt.

17. Ernst Winkler*): Weitere Erfahrungen in der Behandlung der Larynxtuberculose mit Röntgenstrahlen.

Ein abschliessendes Urtheil ist über diese Behandlung noch nicht zu fällen. Jedoch haben die bis jetzt behandelten 11 Fälle Winkler überzeugt, dass die Hoffnungen nicht zu hoch zu spannen sind. Da wo ein operatives Eingreifen möglich ist, ist dies vorzuziehen. Eine schmerzstillende Wirkung scheint sich stellenweise geltend zu machen. Versuche mit der Röntgentherapie der Larynxtuberculose sind immerhin anzustellen und bieten vielleicht bei denjenigen Fällen, in welchen die Tuberculose wesentlich auf die seitlichen Wände beschränkt ist, einige Aussicht auf Erfolg. Die vorsichtige Auswahl des Härtegrades der Röhren ist von grosser Wichtigkeit.

18. Franz Kuhn: Perorale Tubage mit und ohne Ueberdruck.

Hinweis auf frühere diesbezügliche Veröffentlichungen. Das Verfahren eignet sich besonders für die blutigen Operationen im Mund, an Lippen oder Kiefern, Zunge, Rachen und Nase, ferner bei schlechter Narkose. Perorale Tubage bewährt sich ferner bei Asphyxie, Chloroform, Schwefelwasserstoff, Kohlenoxyd etc.

Die perorale Tubage mit Ueberdruck ist anzuwenden bei Lungen- und Herzoperationen, ferner bei solchen des Oesophagus oder der Cardia. Die Sauerbruch'sche und Brauer'sche Kammer wird durch sie überflüssig.

F. Flumenfeld (Wiesbaden).

*) Dieser, sowie der folgende Vortrag konnten wegen Zeitmangels nicht gehalten werden.



b) Achter Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

(Siena, 13. bis 15. October 1904.)

Erste Sitzung. Vorsitzender: Massei.

Geronzi (Rom): Referat über: Unblutige Chirurgie der Muscheln.

Redner bespricht die Massage, die submucösen Injectionen mit Chlorzink, die interstitiellen Paraffininjectionen, die chemischen und galvanokaustischen Cauterisationen, die Elektrolyse. Die submucösen Chlorzinkinjectionen verdienen in manchen Fällen von Rhinitis hypertrophicans versucht zu werden; die interstitiellen Paraffininjectionen versprechen bei Ozaena viel. Die Galvanokaustik führt G. so aus, dass er eine verticale Furche unmittelbar hinter dem vorderen Ende der Muschel zieht. Diese Methode soll bessere Resultate geben als die Galvalnokaustik in horizontaler Richtung, da der von vorn nach hinten gerichtete venöse Strom mehr durch eine transversale Narbe unterbrochen wird. Im Allgemeinen ist G. kein Freund der Galvanokaustik, die nur in wenigen Fällen zur Anwendung kommen soll.

Dionisio: Ueber die radicale Chirurgie der Muscheln.

Vortr. bespricht die einzelnen Methoden und die für diese angegebenen Instrumente: 1. Abtragung der hypertropischen Schleimhautpartien mit der kalten Schlinge; ist besonders indicirt bei circumscripten Hypertrophien und bei Degenerationen des hinteren Endes. 2. Abtragung mit besonderen Zangen, die die Weichtheile und Knochen glatt abschneiden; diese Methode eignet sich besonders für diffuse Hypertrophien und für sogenannte blasenförmige Degenerationen der mittleren Muschel. 3. Abtragung mit Sägen; geeignet zur Entfernung der unteren und mittleren Muschel. 4. Knochenscheeren; sind am meisten im Gebrauch, weil sie am schnellsten wirken.

Bei Erwachsenen genügt im Allgemeinen Cocainanästhesie, nur bei sehr ängstlichen Individuen und Kindern kommt die Allgemeinnarkose in Frage. D. gebraucht Adrenalin gewöhnlich nur für die mittlere Muschel. Im Gegensatz zu Anderen tamponirt er stets; nach Entfernung des Tampons werden Ausspülungen mit Borsäurelösung gemacht.

Die Resultate mit partieller oder totaler Abtragung der unteren und mittleren Muscheln sind sehr günstig durch Wiederherstellung der Nasenathmung und Beseitigung eventueller Reflexneurosen, die durch den Contact von Septum und Muschel bedingt sind. Auch Stimme und Gehör können dadurch günstig beeinflusst werden. Ungünstige Wirkungen treten insofern ein, als durch die Weite der Nasenlöcher eine Pharyngitis und Laryngitis entstehen oder eine solche verschlechtert werden kann.

An Stelle des abwesenden Correferenten Guarnaccia ergänzt Geronzi sein Correferat durch Erörterung der Chirurgie des Septum.

Poli zieht für die Betheiligung der knöchern-knorpeligen Spinen des Septum das Septotom vor. Er erwähnt seine Untersuchungen über die Regenerationsprocesse nach Operationen am Septum. Für die Abtragung der hypertrophischen

Schleimhaut bedient er sich mit Vortheil der Laurens'schen Zange. Bei Kindern operirt er in Bromäthylnarkose und bedient sich auch bei Muschelhypertrophien des Septotoms.

Faraci ist nicht der Ansicht, dass eine abnorme Weite der Nasenhöhlen zur Ozaena disponirt oder eine solche verursacht; er ist vielmehr der Meinung, dass die Ozaena auf einen krankhaften Process in den Nebenhöhlen zurückzuführen ist. Den Paraffininjectionen bei Ozaena misst er keinen Werth zu, da sie keine der physiologischen Eigenschaften der Schleimhaut wiederherstellt. Seine Versuche mit dieser Methode bei Ozaena sind durchaus negativ gewesen. Nach Abtragung der hypertrophirten Schleimhaut kauterisirt er mit dem Galvanokauter die Operationswunde.

Das Verfahren von Moure hat er nur bei Verbiegungen des vorderen Septumabschnittes für nützlich befunden. Für chirurgische Maassnahmen bedient er sich nur des Messers und des schneidenden Löffels.

Gatteschi versucht bei starken winkligen Knickungen des Septums durch Verkleinerung der entsprechenden unteren Muschel Luft zu schaffen. Im Fall das nicht genügt, begnügt er sich damit, in dem vorspringendsten Theil des verbogenen Septum eine breite Oeffnung zu machen. Es entsteht dadurch nicht nur ein scheinbare, sondern effectiv freiere Luftzufuhr, indem das vorspringendste Stück der Deviation beseitigt wird. Er empfiehlt für diese Zwecke ein von ihm angegebenes Instrument (Emporte-pièce), mit dem Theile des Septums ausgekniffen werden.

Nuvoli glaubt, dass in vielen Fällen nicht die Septumleisten und -Verbiegungen, sondern die Hypertrophie der Muscheln die Ursache der Stenose abgiebt. Eine wichtige, vom Referenten nicht berührte Indication für die Turbinotomie sei der Ohrschwindel. Er habe einen solchen Fall mit der Turbinotomie geheilt. Es handelte sich bei der Entstehung dieser Erscheinung um einen Gefässreflex.

Tommasi hält die gewöhnliche galvanokaustische Aetzung für ungenügend. Er hat die besten Resultate erzielt, indem er tiefe galvanokaustische Scarificationen in die Schleimhaut machte und nach einigen Tagen die nekrotischen Theile mit der Zange abtrug.

Gradenigo: Was die postoperative Tamponade betrifft, so hängt deren Berechtigung von den Umständen ab. Ist die Operation mit glatt schneidenden Instrumenten, wie Scheere, Septotom u. s. w. gemacht, so ist die Tamponade indicirt, zumal wenn der Patient nicht im Bett gehalten werden kann; ist dagegen die Operation mit quetschenden Instrumenten gemacht, wie Zangen etc., so ist die Tamponade überflüssig.

Die Galvanokaustik soll für exceptionelle Fälle vorbehalten bleiben; es besteht bei ihr die Gefahr einer localen und allgemeinen Infection.

Ferreri hat sich ebenfalls mit Vortheil des Septotoms bedient. Zur Stillung einer eventuellen Nachblutung empfiehlt er heisses Wasserstoffsuperoxyd, Penghawar ist unnütz und gefährlich.

Biaggi berichtet über einen Fall von Degeneration der mittleren Muschel nach Abtragung der unteren. Was die Nützlichkeit der Nasenoperationen bei Sängern anbelangt, so kann er die grosse Bedeutung der Nase als Resonanzhöhle nicht anerkennen.

D'Ajutolo spricht über Nasenverengerung infolge Ansaugung der Nasenflügel.

Grazzi bedient sich zur Blutstillung des kalten Wasserstoffsuperoxyds, da es erwärmt seine Wirkung einbüsst.

Geronzi opponirt Faraci in Bezug auf dessen Meinung über die Ozaena. Bisher schien es, als ob die Paraffininjectionen die besten Resultate gegeben haben. Was die von Gatteschi geübte Methode der Septumperforation anbetrifft, so sei das Resultat nur ein scheinbares.

Martuscelli und Rugani: Veränderungen des Geruchssinns und der Organe im Allgemeinen bei langsamer Asphyxie infolge completer Nasenstenose.

Referirt Centralblatt, dieser Band, S. 104.

Calamida (Turin): Beitrag zur Aetiologie der Rhinitis caseosa.

Auf Grund des Studiums von sechs Fällen kommt C. zu dem Schluss, dass die Theorie eines bakteriellen Ursprungs wenig für sich hat, dass man die Rhinitis caseosa nicht als Krankheit sui generis, sondern einfach als Folge bereits bestehender Erkrankungen der Nase und ihrer Anhänge betrachten muss.

Martuscelli (Neapel): Experimente über die Aetiologie der Rhinitis caseosa.

M. hat Kaninchen gleichzeitig Culturen von Streptothrix alba oder von gewöhnlichen Eitererregern nnd sterilisirte und unsterilisirte Fremdkörper eingebracht; ferner hat er bei Hunden allein die Inoculation ausgeführt, dann Sonden in die Nase eingeführt und eine Woche lang mit einer Spritze $^1/_2$ ccm Bouillon mit Streptothrix inoculirt.

Das Resultat war, dass er bei einem Meerschweinchen die Krankheit erzeugen konnte und sich der Streptothrix in Petri'schen Schalen entwickelte. Bei einem gesunden Hunde erzielte er dasselbe Resultat. Die Versuche mit den Eitererregern fielen negativ aus.

Poli (Genua): Ueber die Vertheilung des adenoiden Gewebes in der Nasenschleimhaut.

Auf Basis der Untersuchungen von Zuckerkandl und Stöhr hat P. bei einer Reihe von Individuen von der Geburt an bis zum 45. Lebensjahre die Vertheilung des adenoiden Gewebes in diesen Altersepochen studirt. In der Durchwanderung der Leukocyten sieht P. eine besondere Function, besonders an der unteren und mittleren Muschel. Die Bedeutung dieser Function ist noch nicht aufgeklärt.

Poli und Staderini (Genua): Adenoidismus und der Frühjahrskatarrh der Augenbindehaut.

Redner haben 14 Fälle von Frühjahrskatarrh bei Personen von 5 bis 22 Jahren beobachtet, bei denen sich Zeichen des Status adenoideus fanden. Bei 6 bestanden noch adenoide Vegetationen, bei 3 Reste von solchen; die anderen hatten Rhinitis atrophicans und allgemeinen Lymphatismus. Redner halten einen Zusammenhang zwischen beiden Affectionen für vorhanden.

Strazza (Genua): Neue Methode zur Radicalbehandlung chronischer Thränensackeiterungen.

S. behandelt hartnäckige Thränensackeiterungen auf endonasalem Wege, indem er das vordere Ende der unteren Muschel abträgt und auf einer in den Thränennasengang eingeführten Sonde seine vordere knöcherne und häutige Wand zerstört, bis er in den Thränensack gelangt; dann wird dieser freigelegt, breit eröffnet und ausgekratzt. Er hat auf diese Weise einen Patienten auf beiden Seiten operirt.

Calamida (Turin): Carcinom der Keilbeinhöhle.

Die Diagnose wurde intra vitam gestellt und durch die Operation bestätigt. Die histologische Untersuchung ergab, dass das Carcinom von den Schleimdrüsen der Sinusschleimhaut ausging.

Zweite Sitzung. Vorsitzender: Grazzi.

Referate über das Thema: Nosographie des sogenannten Stridor congenitus. Referenten: Lunghini, Massei und Biaggi.

Lunghini referirt über die Geschichte und Bibliographie der Krankheit.

Nach dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse ist der Stridor laryngis congenitus eine der Kindheit eigenthümliche Krankheitsform sui generis, die im Momente der Geburt oder in den ersten Tagen nach dieser ihren Anfang nimmt und durch ein besonderes Athemgeräusch charakterisirt ist, das im Allgemeinen nicht von Dyspnoe oder Cyanose begleitet ist. Zur Erklärung der Pathogenese der Erkrankungen sind zahlreiche Theorien aufgestellt, die sich in nervöse und mechanische eintheilen lassen.

Zu den ersteren gehören die Theorien von Thomson, der eine Coordinationsstörung in den Athembewegungen annimmt, und die von Robertson, der an eine doppelseitige Posticuslähmung glaubt, während Smith den Spasmus auf reflectorischem Wege durch die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen ausgelöst sein lässt. Auf mechanischem Wege erklärt Avellis den Spasmus durch eine Hypertrophie der Thymus, während andere (Thomson und Turner) das mechanische Hinderniss in einer angeborenen Missbildung des Larynxeingangs, begünstigt durch eine besondere Schlaffheit der Gewebe, sehen.

Nach Moure soll der Stridor durch die Anwesenheit adenoider Vegetationen bedingt sein, jedoch auf mechanischem, nicht auf reflectorischem Wege.



Am meisten Eingang gefunden haben die Theorien von der Entwickelungshemmung der Coordinationscentren der Athmung und die einer angeborenen Missbildung des Larynx.

Massei (Neapel): Die Pathogenese des Stridor congenitus.

M. stellt auf Grund der persönlichen Beobachtung von 11 Fällen die These auf, dass Stridor congenitus eine autochthone Krankheitsform darstellt, die mit Unrecht mit anderen Affectionen verschiedenster Art zusammengeworfen worden ist, weil ihnen ein Symptom gemeinsam ist.

Redner sieht die hauptsächliche Entstehungsursache in einer angeborenen Missbildung des Kehlkopfeingangs, besonders in einer mangelhaften Entwickelung der Epiglottis. Er hat unter seinen Fällen einige mit tödtlichem Ausgange gehabt; dieser kann entweder von einer Läsion der Nervencentren oder, wie in einem seiner Fälle, durch einen Katarrh bedingt sein. Er hat die Missbildung der Epiglottis niemals durch die laryngoskopische Untersuchung, dagegen mittels der Digitalexploration feststellen können; bei ihrem Durchgang durch die enge Spalte, die in diesen Fällen die Epiglottis bildet, erzeugt die Athmungsluft jenen für die Krankheit charakteristischen Stridor.

Biaggi (Mailand): Die Symptomatologie des Stridor.

Die Intensität des charakteristischen Geräusches, das die Inspiration, bisweilen auch die Exspiration begleitet, steht in Beziehung zur Frequenz der Athmung; der Stridor kann wenige Monate bis zwei Jahre lang dauern. Während das Geräusch ein richtiges Stenosengeräusch ist, von Einziehungen des Jugulum und Epigastrium begleitet, fehlt jede Cyanose; die pneumographische Curve bleibt dieselbe zur Zeit, wenn das Geräusch besteht und wenn die Athmung geräuschlos ist. Die Stenose ist daher mehr eine scheinbare. Die Veränderung des Larynx besteht in einer besonderen omegaförmigen Bildung der Epiglottis. Bei den Athembewegungen wird die Schleimhaut der schlaffen Ligamenta ary-epiglottica in Vibration versetzt und bringt das Geräusch hervor.

Verwechselt kann der Stridor werden mit Asthma thymicum, Spasmus laryngis, Kehlkopfpapillomen; diese können aber leicht von ihm unterschieden werden durch die schwerere Form, die Circulationsstörungen, die Alterationen der Stimme, die beim Stridor normal bleibt.

Die Prognose wird beeinträchtigt, wenn sich Bronchial- und Lungenerkrankungen zu dem Stridor hinzugesellen; sie nehmen in diesen Fällen einen schwereren Charakter an als sonst.

Die Therapie hat sich im Wesentlichen exspectativ zu verhalten, da der Stridor gewöhnlich von allein verschwindet.

Gradenigo stimmt mit Massei in Bezug auf die Schwierigkeiten der laryngoskopischen Untersuchung überein, sowie in Bezug auf die Missbildung des Larynxeinganges. In einem Falle hat er auch gleichzeitig Deformationen der Glieder gesehen.

Ferrari hat in einem Fall, um die Laryngoskopie zu ermöglichen, mit Erfolg Cocain und Adrenalin in Pulverform insufflirt.

Massei wiederholt, dass ihm die laryngoskopische Untersuchung in diesen Fällen niemals geglückt ist.

Biaggi ist 14mal unter 26 Fällen mit Geduld zum Ziele gelangt.

Prota (Neapel): Laryngismus stridulus und adenoide Vegetationen.

P. hat bei 10 Kindern von $1^1/_2$ bis 6 Jahren einen Zusammenhang zwischen Laryngismus stridulus und Anwesenheit adenoider Vegetationen constatiren können. In allen Fällen verschwand das Athemgeräusch völlig nach Entfernung der Adenoiden.

De Cortis (Siena): Fall von totaler Laryngectomie.

Operation wegen Carcinoms. Patient macht sich durch articulirte Laute verständlich.

Solveri (Siena): Cyste des Siebbeins.

Vorstellung eines operirten Falles.

Geronzi (Rom): Ueber die Anwesenheit von nervösen Ganglien in einigen Muskeln des Kehlkopfinnern.

G. hat in den M. crico-arytaenoidei postici, thyreo-arytaenoideus und crico-thyreoideus nervöse Ganglien im Perimysium internum gefunden, über deren Structur und Function er nichts Gewisses aussagen kann. Es scheint jedoch, als ob einige Ganglienzellen, die augenscheinlich zum Typus des sympathischen gehören, in Muskelfasern treten. Das würde für die Onodi'sche Hypothese von der theilweisen motorischen Innervation des Kehlkopfs durch den Sympathicus sprechen; diese Innervation würde für die Muskeln des Kehlkopfinnern zutreffen, die bei der Athmung mitwirken. G. zieht das Dogma, wonach der Sympathicus niemals motorische Fasern an quergestreifte Muskeln giebt, in Zweifel; es wäre möglich, dass die nicht dem Willen unterworfenen quergestreiften Muskeln eine Ausnahme machen. G. hat auch im M. tensor tympani nervöse Ganglien nachweisen können.

Martuscelli und Rossi (Neapel): Experimentelle Untersuchungen über die Localisation der hypoglottischen Tumoren im vorderen Theil des Larynx.

Referirt Centralblatt, dieser Band, S. 350.

Martuscelli und Ricciardelli (Neapel): Ist die Hypertrophie der Gaumentonsillen der Ausdruck eines allgemeinen Lymphatismus oder die Folge einer auf den Waldeyer'schen Schlundring beschränkten Erkrankung? Besteht functionell ein intimer Zusammenhang zwischen den geschlossenen Follikeln, die diesen Ring bilden?

Aus den zahlreichen beigebrachten Krankengeschichten geht hervor, dass die Träger der Gaumenmandelhypertrophie, ausser dass sie Adenitis oder sonstige Zeichen von Lymphatismus darboten, meist auch Geschwister mit solchen Affectionen hatten oder dass ihre Eltern daran gelitten hatten.

Die zweite Art der Untersuchungen bestand darin, dass Redner auf die vorher scarificirten und desinficirten Gaumentonsillen Reinculturen von Staphylococcus

pyogenes aureus aufstrichen und nach einiger Zeit die anderen Theile des lymphatischen Schlundrings exstirpirten; es zeigte sich, dass der Uebergang der Mkiroorganismen von den Gaumentonsillen in die anderen lymphatischen Rachengebilde immer nach $1^1/_2$ bis 2 Stunden erfolgte; er war jedoch niemals erheblicher als der in in die submaxillaren Drüsen.

Die Exstirpation der Gaumentonsillen übte keinen Einfluss auf die übrigen Bestandtheile des Waldeyer'schen Schlundrings aus; es trat z. B. keine compensatorische Hypertrophie des letzteren ein.

Gatteschi (Florenz): Endonasale Methode zur chirurgischen Behandlung der chronischen eitrigen Dacryocystitis.

G. nimmt das Siebbein in Angriff; in hartnäckigen Fällen geht er bis zum Thränensack und schafft eine Communication zwischen diesem und dem Naseninnern. Er hat 30 Fälle so behandelt; in 14 trat Heilung ein, in 10 erhebliche Besserung, in 3 geringe Besserung, in 3 kein Erfolg. In allen Fällen bestand entweder eitrige Ethmoiditis allein oder zugleich mit anderen Nebenhöhlenerkrankungen.

Federici (Genua): Ueber den Mechanismus der Durchwanderung der Leukocyten durch das Tonsillarepithel.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt F. zu dem Schluss, dass ein Theil der durchwandernden Leukocyten direct aus dem Blute stammt. Er vermuthete, dass die Leukocyten dazu dienen könnten, eventuell im Blut vorhandenes geformtes Material aus dem Organismus herauszuschaffen. Er hat Thieren Farbpulver in die Venen injicirt und hat die Farbkörnchen stets bereits nach einem Tage in den die Tonsillen durchwandernden Leukocyten gefunden. Ebensolche Resultate erzielte er nach Injection einer Emulsion Koch'scher Bacillen. Er versuchte, die Bacillen in die Pleura oder Peritoneum zu injiciren und fand sie bereits nach einem Tage in den Tonsillen und einige im Begriff, das Epithel zu durchwandern. Am 6. Tage fand er keine Bacillen mehr in den Tonsillen, nur in einem Fall, in dem sich eine exsudative Pleuritis entwickelt hatte. G. kommt zu dem Schluss, dass die häufigen Erkrankungen der Tonsillen nicht daher rühren, dass sie Eingangspforte für die Mikroorganismen, sondern dass sie Ausgangspforte für diese darstellen.

Biaggi: Cavernöses Fibroangiom des Kehlkopfs bei einem Hämophilen.

42jähriger Patient, seit 2 Jahren heiser und zeitweise Erstickungsanfällen unterworfen. Im Kehlkopf ein Tumor in Grösse und Farbe einer Himbeere. Während der Beobachtungszeit expectorirt Patient den Tumor spontan; es folgt eine Blutung, die durch Gelatineklystiere gestillt wird. Im Larynx bleibt ein anderer noch grösserer Tumor als der erste, der nach 8 Tagen mit der Zange entfernt wird. Die Blutung wird wieder durch Gelatineklystiere gestillt.

Dritte Sitzung.

Poli (Genua) demonstrirt am Cadaver eine Methode zur Ausräumung des Siebbeins.

In allen Fällen, in denen sich die Entfernung auf endonasalem Wege als unzureichend erweist, z. B. in allen Fällen von diffuser Ethmoiditis oder Complication mit Stirnhöhleneiterung, zieht P. den Weg von aussen her vor. P. zieht es im Allgemeinen vor, vom Siebbein aus zur Stirnhöhle vorzugehen als umgekehrt, um eventuell eine nutzlose und deformirende Operation zu vermeiden.

Poti (Florenz) demonstrirt am Cadaver eine neue conservative Methode zur Radicalbehandlung der chronischen Thränensackeiterungen.

Die vom Redner Dacryocystorhinotomie genannte Methode ist in 11 Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge ausgeführt worden.

Ferrari (Rom): Lichttherapie des Kehlkopfs nach Finsen.

F. hat sich zu diesem Zweck zuerst einer Trustak'schen Glühlampe bedient, die viele violette und ultraviolette Strahlen ausstrahlt. Die Wärmestrahlen werden durch Wassercirculation eliminirt. Es wurden bei einer Patienten mit tuberculöser Kehlkopfinfiltration Versuche gemacht, die sehr ermuthigend ausfielen.

Tommasi (Lucca). Inhalationen mit Chlor-Brom-Jod-Lithionwasser bei gleichzeitiger innerlicher Behandlung mit Acqua di Montecatini bei Krankheiten der oberen Luftwege.

Wird an anderer Stelle veröffentlicht. Finder.

(Nach einem Bericht im Arch. Ital. d. Otologia von N. Calamida.)

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 13. Mai 1904.

Vorsitzender: John Bark.

Kelson: 1. Fall von Borkenbildung im Nasenrachen.

Es fanden sich häufig fibrinöse scheibenförmige Beläge in der Gegend der Luschka'schen Tonsille.

Grant, Wingrave und der Vorsitzende discutiren über die Diagnose.

2. Fall von Epitheliom des Kehlkopfs und Oesophagus.

Der Fall betraf eine 31jährige Frau; die Erkrankung ging vom Oesophagus aus.

3. Präparat von einem Fall von Durchschneidung des Halses.

Die Verletzung hatte zu einer ausgedehnten Fistelbildung unterhalb des Zungenbeins geführt. Versuche, diese zu schliessen, waren ohne Erfolg. Ohne eine evidente Krankheitsursache hatte sich der Zustand des Patienten allmälig verschlechtert und er ging 2 Jahre nach dem Trauma zu Grunde.

Mayo Collier: Solche Fälle gehen gewöhnlich unter Symptomen von Melancholie oder Demenz zu Grunde.

Mayo Collier: Fall von Abscess der Schilddrüse.

Pat. hatte nach einer schweren Influenza eine starke Schwellung am Halse, die erhebliche Dyspnoe verursachte. Es wurde ein operativer Eingriff gemacht; Pat. starb jedoch an Asphyxie. Bei der Autopsie fand man eine gänseeigrosse Cyste, die auf die Trachea drückte und mit der Scheide der Carotis verwachsen war. Sie war angefüllt mit übelriechendem, dickem, braunem Eiter. Eine Erweichung der Trachealringe hatte nicht stattgefunden; der N. recurrens war gesund.

Grant berichtet ebenfalls über einen Fall, der einen älteren Mann betraf, bei dem während einer Influenza eine enorme Anschwellung der Trachea auftrat, die tödtlich verlief.

Lamsden: Nasendilatator zur ständigen Dilatation der Nasenlöcher in Fällen von Nasenverstopfung.

Wenn die vorderen Nasenöffnungen nicht die normale Grösse haben, erweist sich die Anwendung der Dilatatoren als nützlich, indem sie die Inhalation eines kräftigen Luftstroms gestatten, der auf die geschwollene Muschelschleimhaut sehr günstig wirkt.

Wingrave meint, es könnte die Anwendung der Instrumente zu einer Lähmung der M. dilatatores führen.

Es folgt die Discussion über Mayo Collier's Vortrag über: Latente oder intermittirende Nasenverstopfung.

Dundas Grant: Der Begriff der intermittirenden Nasenverstopfung ist für die Rhinologen keineswegs neu. Bereits im Jahre 1888 hat Hunter sich darüber geäussert.

Woods glaubt nicht daran, dass durch Veränderungen des Druckes im Nasenrachen während der Athmung das Trommelfell in Mitleidenschaft gezogen wird.

Wallaee lenkt die Aufmerksamkeit auf die perspiratorische Function der Nasenschleimhaut. Wenn der Körper im Schlaf mit Bettdecken fest zugedeckt ist, kann die Haut ihre perspiratorische Function nicht mehr in genügendem Maasse ausüben; es wird dann die Nase als perspiratorisches Organ übermässig in Anspruch genommen und es resultirt daraus eine Turgescenz der Schleimhaut, die bei enger Nase Verstopfung verursacht. Er räth aus diesem Grunde zur Anwendung einer leichten Bettdecke und zur Aufrechterhaltung trockener Atmosphäre im Schlafraum.

Wingrave erinnert an die Beziehung zwischen Nasenturgescenz und Pubertätsperiode.

Mayo Collier lenkt im Schlusswort nochmals die Aufmerksamkeit auf die Schwankungen des Luftdrucks in den Athmungswegen während der Respiration. Er kommt zu dem Schluss, dass die infolge der Inspiration durch eine verengte

Nase eintretende Saugwirkung nicht compensirt wird durch den gesteigerten Exspirationsdruck, indem die Gefässdilatation nicht Zeit hat, während der beiden Athmungsphasen aufzuhören.

Sitzung vom November 1904.

Vorsitzender: Bark, später Clichale Nourse.

Kelson: Kehlkopfpapillome.

Wyatt Wingrave: Speichelstein bei Angina Ludovici.

Pat. war ein 30jähriger Mann. Als der Stein aus dem Ductus Whartonianus entfernt wurde, entleerte sich Eiter. Es trat sofort Besserung ein.

Bark und Abercrombie erwähnen ähnliche Fälle.

Wyatt Wingrave: Fall von Epitheliom des Larynx und Pharynx.

Es handelt sich um einen 60jährigen Mann mit sehr vorgeschrittenem Carcinom. Er trug sieben Monate lang ein Rohr, das in die Nase eingeführt wurde und in den Magen reichte. Der Gewichtsverlut war nur ein geringer. Die Schmerzen wurden durch Zusatz von Opium zum Rauchtabak verringert.
Kelson berichtet über einen ähnlichen Fall, in dem der Pat. nach einiger Zeit im Stande war, das Rohr von selbst hinunterzuschlucken.
Bark hat in manchen Fällen die kurze Röhre ungeeignet gefunden.

Wyatt Wingrave: 1. Wahrscheinlich primäre syphilitische Affection der Nase.

2. Cystische Erkrankung des Antrum.

Clichale Nourse: Fall von multipler Sinusitis.

Es wurde mittels des Krause'schen Troicart eine Oeffnung vom unteren Nasengang aus angelegt.

Bark zieht da, wo eine Radicaloperation nicht angängig ist, die Eröffnung von der Fossa canina aus vor.

Clichale Nourse: Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung.

Wyatt Wingrave: Mikroskopisches Präparat von Tuberculose der Rachentonsille und der Cervicaldrüsen.

W. hat hat in vielen Fällen von Erkrankung der Cervicaldrüsen Untersuchungen angestellt; er hat aber weder Tuberkelbacillen gefunden noch sonst Anzeichen von Tuberculose bei dem Pat. constatiren können. Es fanden sich in den Präparaten Riesenzellen und alle charakteristischen Zeichen der Tuberculose mit Ausnahme der Bacillen. Er ist der Ansicht, dass eine grosse Zahl der Fälle nichts mit Tuberculose zu thun hat.

Jobson Horne: Obwohl die Färbung von Lymphdrüsen zum Nachweis der Tuberkelbacillen sehr schwierig ist, so glaubt er sich doch nicht zu dem Schluss berechtigt, dass keine Tuberculose vorliegt. Es schien, als ob das Lymphgewebe

als solches gewissen Einfluss auf die Färbbarkeit der Bacillen habe. Er führt an. dass bei einer mit tuberculösem Material geimpften Taube sich Tuberkelbacillen in vielen kleinen, aber nicht in den grössten Lymphdrüsen nachweisen liessen; wurde jedoch mit Theilen von letzterem eine andere Taube geimpft, so entstand wieder Tuberculose mit nachweisbaren Bacillen. E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Internationale Preisausschreibung der American Laryngo-Rhino-Otological Association.

Die American Laryngo-Rhino-Otological Association hatte eine Preisausschreibung für die beste Arbeit über: „Etiology and Treatment of Mycosis occuring in the Upper Respiratory Tract" ausgeschrieben. Der Preis, bestehend in einer goldenen Medaille, ist Herrn Dr. J. Sendziak in Warschau zuerkannt worden, den wir zu diesem neuen Siege herzlich beglückwünschen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, November. 1905. No. 11.

I. Referate.

a. Obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **Weitlauer** (Innsbruck). **Zur Therapie der Entzündungen des Respirationstractus.** *Wiener med. Presse. No. 49. 1904.*

Bei subacuter und chronischer Tracheitis kann der Hustenkitzel durch Bepinselung des Pharynx mit Lapislösung oft beseitigt werden. Bei acuten Katarrhen des Respirationstraktes haben sich folgende Pulver gut bewährt:

Rp. Natr. salicyl. 30,0
Pulv. ipecac. opiat. 3,60
Ol. menth. pip. gtt. I.
Mf. p. div. in part. aqu. No. XX.

Ds. 3—5 Pulver täglich in 1/4 Glas Wasser gelöst und umgeschüttelt zu nehmen.

HANSZEL-CHIARI.

2) **Dmochowski. Beitrag zur pathologischen Anatomie der erysipelatösen Entzündung im oberen Abschnitte des Respirationstractus. (Przyczynek do Anatomii patologiernej tak zwanej rózy blony sluzowej górnego odeinka drógoddechowych.)** *Pamietnik Lekarski, 1904.*

Verf. giebt eine genaue histologische Beschreibung der Veränderungen in der Schleimhaut des Respirationstractus, welche er in 2 entsprechenden Fällen untersucht hat. Die Veränderungen stellen sich als Folge einer mit besonderer Intensität auftretender serösen Entzündung dar. Besonders ausgeprägt traten die Veränderungen an der Schleimhaut des Antr. Highmori hervor, wo sich steilenweise Blasen mit seröser Flüssigkeit, daneben auch Excoriationen, oberflächliche oder tief greifende Geschwüre, sogar circumscripte Abscesse bilden. In der Pharyngonasalhöhle werden besonders in dem Adenoidalgewebe Veränderungen beobachtet und zwar unterliegen die oberflächlichen Schichten ab und zu einem nekrotischen Processe. Im Larynx wurde meistens nur seröse Entzündung auf der Schleim-



haut beobachtet. Verf. kommt auf Grund seiner Arbeit, deren Details im Original nachzulesen sind, zum Schlusse, dass die erysipelatöse Entzündung des oberen Respirationstractus gewissermaassen identisch ist den Veränderungen, welche bei Hauterysipel zur Beobachtung kommen und zwar bildet sich eine seröse Entzündung, welche eine Vorstufe zu tiefgreifenden Entzündungen darstellt. Der Uebergang zu schwereren Entzündungsformen kommt leicht zu Stande in oben genannten Organen, da dieselben reichlich lymphatische Gewebe enthalten, welche sehr leicht zu derartigen tiefgreifenden Entzündungen prädisponirt sind.

A. SOKOLOWSKI.

3) **H. L. Swaine. Die Localbehandlung von Neurosen der oberen Luftwege. (The local treatment of neuroses of the upper air passage.)** *Yale Medical Journal. Mai 1905.*

Während der Heufiebersaison sollen radicale Eingriffe in der Nase vermieden werden; man soll milde alkalische Lösungen mit nachfolgender Adrenalinapplication anwenden. Tägliche Reinigung der Schleimhaut vermindert am besten die chronische Hyperämie.

EMIL MAYER.

4) **Sir Felix Semon. Chronische Schleimhauthyperplasie der oberen Luftwege. (Chronic hyperplasia of the mucous membranes of the upper respiratory tract.)** *Lancet. 25. Februar 1905.*

Vor Jahren beobachtete S. einen Fall von gelblicher, etwas gelatineartig aussehender Verdickung der Schleimhaut des Pharynx und eines Theils des Larynx. Keinerlei Behandlung brachte Nutzen, der Zustand blieb zwei Jahre lang derselbe; dann kehrte er zur Norm zurück. Einige Jahre später sah S. einen ähnlichen Fall. November 1902 stellte er einen dritten Fall der Londoner laryngologischen Gesellschaft vor. Die Klagen der Pat. bestanden in ständigen Halsbeschwerden und gelegentlicher Dysphagie. Die Uvula und die angrenzenden Theile des weichen Gaumens waren dick und glatt und von eigenthümlicher gelber speckiger Farbe. In gleicher Weise war die rechte Aryknorpelgegend afficirt, die linke war ödematös. Urin, Brustbefund normal. Der Zustand änderte sich von Tag zu Tag. Ein Stück der Uvula wurde amputiert und von Dr. Shattock untersucht. Die histologischen Veränderungen gleichen fast annähernd denen, die man im späteren oder sogenannten Zwischenstadium der Rhinitis hyperplastica antrifft, eine Wucherung derben fibrillären Bindegewebes und kleinzellige Infiltration um die kleineren Gefässe.

Brown Kelly hat (Lancet 6. April 1901) einen ähnlichen Fall unter dem Namen sclerotische Hyperplasie des Pharynx und Mesopharynx beschrieben. Annähernd ähnliche Fälle wurden am 6. Februar 1903, 6. März 1903 und 15. Januar 1904 in der Londoner laryngologischen Gesellschaft von Dundas Grant, Lack und Logan Turner vorgestellt. Die Thatsache, dass der eine von Semon's Fällen völlig und andere bis zu gewissem Grade geheilt wurden, scheinen dafür zu sprechen, dass es sich nicht um eine sclerotische Hyperplasie, sondern mehr um eine einfache chronische Hyperplasie handelt.

ADOLPH BRONNER.

5) **a) J. M. A. Gevers Leuven** (Utrecht). **Beiträge zur Aërodynamik der Luftwege. (Bijdragen tot te aërodynamica der luchtwegen.)** *Inaug.-Dissertation. Utrecht 1903.*

b) J. M. A. Gevers Leuven. Beiträge zur Airodynamik der Luftwege. (Contribution à l'aérodynamique des voies respiratoires. [Extrait de sa thèse].) *Onderzoekingen Physiol. Labor. Utrecht. V. Reihe. V. Bd. Lief. I. Utrecht 1904.*

Die ganze experimentelle Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referat. Es sei nur einiges herausgegriffen. Die relative Permeabilität der beiden Nasenhälften studirt L. mittelst der Holtz-Zwaardemaker'schen Luftbrücke. Zur Anzeigung der Druckunterschiede bedient er sich eines doppelten Pistonrecorders. Die engste Stelle der Nasenhöhle bestimmt er auf 17—43 qmm. Nimmt man, in Uebereinstimmung mit Kayser, 6,0 qmm an, so ergibt der Vergleich mit Onodi's photographischen Messungen, nach welchen die totale Oberfläche eines Nasendurchschnittes 200 qmm beträgt, dass nur $^1/_5$ des zur Verfügung stehenden Raumes benutzt wird. Untersuchungen der naso-oralen Athmung ergibt, dass sich die Luft dabei in zwei nahezu gleiche Quantitäten theilt.

Im Widerspruch mit der allgemeinen Auffassung, dass heisse Luft einen verengernden Einfluss auf die Nasenhöhle ausübe, findet L., dass bei Menschen, wie bei Kaninchen das Nasenlumen bei Einathmung warmer Luft grösser ist als bei kalter Luft.

Vergleichung der Durchgängigkeit der Nase in aufrechter und in liegender Stellung ergab sehr inconstante Resultate.

Die Athmungscapacität hat L. mit einem auf dem Pitot'schen Princip beruhenden Apparat untersucht.

H. BURGER.

6) **Cnopf** (Nürnberg). **Casuistische Mittheilungen zur therapeutischen Verwendung des Sauerstoffs.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1905.*

Im ersten Falle wurde bei dem an Larynx-Diphtherie mit heftigen dyspnoischen Erscheinungen erkrankten $3^1/_2$ jährigen Knaben durch Sauerstoff-Inhalationen eine bedeutende Beruhigung des Patienten und eine Erleichterung der behufs Tracheotomie nöthigen Chloroformirung erzielt. Auch die sonst zu beobachtenden Nachwehen des Chloroforms traten nicht ein. Beim zweiten Falle, einem $1^1/_2$ Jahre alten Knaben, zeigte sich hochgradige Athemnoth, deren Ursache nicht festgestellt werden konnte. Da Intubation erfolglos, wurde tracheotomirt. Auch die Tracheotomie brachte keine Aenderung des Krankheitsbildes; erst Sauerstoff-Inhalationen combinirt mit warmen Einwickelungen und Kampherinjektionen hatten nach 1 Stunde bei dem collabirten Kinde den Erfolg, dass der Puls voller und die Athmung regelmässiger wurde. Ständig fortschreitende Besserung, vom fünften Tage ab fieberlos; nach 9 Tagen plötzlich Exitus. Die Autopsie ergab vergrösserte, verdichtete Thymus, in deren Centrum eine haselnussgrosse, eitererfüllte Höhle. Dieser Fall ist als echter Thymustod und zwar nicht durch plötzliche Erstickung, sondern durch einen plötzlichen Stillstand des Herzens bedingt, anzusprechen. Die bei dem zweiten Falle eingetretene Besserung nach der Tracheotomie und die nachfolgende achttägige Euphorie führt Autor auf die Sauerstoff-Inhalationen und ihre herzerregenden Einwirkungen zurück.

HECHT.

7) **M. Ruprecht** (Bremen). **Holzwolle bei der Inhalation ätherischer Oele und ähnlicher flüssiger Medicamente.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1905.*

Autor empfiehlt eine ca. 2 cm weite und 10 cm lange Glasröhre mit abgeglühten Enden mit Holzwolle zu füllen und diese mit Terpentin oder dergleichen zu tränken. „Die Holzwolle saugt das Medikament (auch Lignosulfit, Mentholöl, Perubalsam, etc.) gierig auf, vertheilt es über eine ausgedehnte Oberfläche und bietet der hindurchstreichenden Luft so gut wie gar kein Hinderniss.“ Dieser einfache Inhalationsapparat ist leicht mitzuführen und stets gebrauchsfertig.

HECHT.

8) **J. Nord** (Utrecht). **Contrarespiratoren.** *Vox medicorum. IV. No. 2.*

N. warnt vor dem Gebrauch der üblichen Contrarespiratoren in welchen Sputa leicht eintrocknen und welche in Folge dessen eine Infectionsquelle darstellen können. Er empfiehlt desinficirbare Aluminium-Contrarespiratoren.

H. BURGER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **Sondermann** (Dieringhausen). **Eine neue Methode zur Diagnostik und Therapie der Nasenerkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1905.*

Eine der Nase luftdicht aufsitzende Maske ist durch einen Ventilschlauch mit einem Gummiball verbunden; das Ventil wirkt in der Weise, dass aus der Nase nur Luft angesaugt werden kann, während beim Zusammendrücken des Gummiballes die Luft nach aussen entweicht. Der Abschluss des Nasenrachenraumes wird durch Aussprechen eines Vokales (i) oder durch einen Schluckakt erreicht; während dieses Momentes saugt Autor Luft aus der Nase an; die hierdurch entstehende Luftverdünnung bedingt eine Absaugung des vorhandenen Nasensekretes und eine Ansaugung in den Nebenhöhlen etwa vorhandenen Eiters. Durch öftere Wiederholung dieser „Saugtherapie“ werden Nase und Nebenhöhlen gereinigt und ausserdem eine Hyperämie hervorgerufen, die neben der erzielten mechanischen Reinigung eine sanitäre Wirkung auf den Heilungsprocess im Gefolge hat. Die täglich des öfteren zu wiederholende Saugtherapie kann dem Patienten selbst überlassen werden. Autor berichtet zur Illustration über eine Reihe einschlägiger mit Erfolg behandelter Fälle. Das Instrument ist in der Arbeit abgebildet.

HECHT.

10) **De la Camp** (Berlin). **Ueber Rhinorrhoea cerebrospinalis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 3. Vereinsbeilage. 1904.*

Vorstellung eines Falles in der Gesellschaft der Charité-Aerzte. Anamnestisch wird ein Sturz auf den Hinterkopf vor $6^1/_2$ Jahren hervorgehoben. Seit 4 Jahren Störungen der Hirnnerven wechselnder Natur, Opticusatrophie, Anfälle von Schwindel und Erbrechen, Pulsverlangsamung. Nach solchen Anfällen Schnupfen aus dem linken Nasenloch; rhinoskopisch bei vorgebeugtem Kopf „am Nasendach“ Tropfenbildung sichtbar. Im Maximum während 24 Stunden Produktion von 180 ccm wasserklarer Flüssigkeit, deren chemische Untersuchung ihren Charakter als Cerebrospinalflüssigkeit feststellt. Wahrscheinlichste Diagnose: Hirntumor.

In der Discussion erwähnt Senator; dass er einen Fall von Otorrhoea cerebrospinalis nach Trauma gesehen habe. Jacob fragt an, ob die Diagnose Cysticercus und Echinococcus berücksichtigt sei. Graf regt die Frage an, ob es sich nicht um eine traumatische Fissur durch das Siebbein handeln könne. Kraus, Westenhöffer, Michaelis sprechen zur Diagnose Cysticercus, Henneberg zur Localisation des angenommenen Hirntumors.

ALBANUS (ZARNIKO).

11) **George C. Coll. Spontane Absonderung von Cerebrospinalflüssigkeit. (Spontaneous discharge of cerebrospinal fluid.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

12) **Vigoureux. Ständiger Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis aus der Nase. (Ecoulement continu de liquide cephalo-rachidien par le nez.)** *Soc. de neurologie. 1. December 1904.*

Der Fall betraf eine 28 jährige Geisteskranke. Die Menge der ausfliessenden Flüssigkeit betrug täglich 800 g. Trotzdem der Ausfluss mit wechselnder Intensität seit neun Monaten besteht, ist das Allgemeinbefinden gut.

A. CARTAZ.

13) **Sidney J. Schwab** und **John Green. Ein Fall von Rhinorrhoea cerebrospinalis mit Veränderungen an der Retina. (A case of cerebrospinal rhinorrhea with retinal changes.)** *American Journal of Medical Science. Mai 1905.*

Es wird ein bei einer 32 jährigen Frau beobachteter Fall berichtet. Verf. betont, dass die in diesen Fällen vorhandenen Veränderungen im Auge wahrscheinlich nicht accidentell sind, sondern einen wesentlichen Bestandtheil des Krankheitsbildes ausmachen.

EMIL MAYER.

14) **M. Fernandez Pinciro** (Madrid). **Pathologie und Behandlung der Ozaena (Rhinitis atrophica foetida). (Patogenia y tratamiento del ozena — rinitis atrófica fétida.)** *Revist. de Especialid. Médic. No. 20. April 1904.*

Eingehende Beschreibung der bekannten Aetiologie und Therapie der Ozaena, wobei Verf. den submucösen Paraffin-Injectionen in der Behandlung den Vorzug giebt.

R. BOTEY.

15) **Fliess** (Berlin). **Die Behandlung der Ozaena mit Hartparaffininjectionen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1904.*

Verf. konnte in der Herzfeld'schen Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Berlin bei 12 Ozaenafällen mit 32 Hart-Paraffin-Injectionen nach Eckstein in die unteren Muscheln, zum Theil auch ins Septum Borken, Krusten und üblen Geruch besser als mit anderer Behandlung beseitigen. Eine absolute Heilung wurde nicht erreicht. Keine üble Zufälle, nur ein paar Mal vorübergehende Schmerzen und einmal Infiltration zwischen den Augenbrauen.

ALBANUS (ZARNIKO).



16) Clement T. Theisen. **Aetiologie und Diagnose der Ozaena und ihre Beziehungen zur Lungentuberculose. (The etiology and diagnosis of ozena and its relation to pulmonary tuberculosis.)** *The Laryngoscope. October 1904.*

Cfr. Verhandlungen der XXVI. Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft in Atlantic City. Juni 1904. EMIL MAYER.

17) **Emil Döbeli** (Bern). **Ueber die Bildung des Sekrets bei der Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 142.*

Verf. untersuchte nach gründlichster Reinigung der Nase das hervortretende Secret fortlaufend von Stunde zu Stunde. Er stellte fest, dass es grösstentheils aus Leukocyten, zum kleinsten Theile aus Mastzellen besteht, die aus dem reichlich unter dem Epithel vorhandenen adenoiden Gewebe durch die Schleimhaut hindurchtreten; alles andere ist secundäre Veränderung und Beimischung, auch der Abel'sche Bacillus, den Verf. für identisch mit dem Friedländer'schen Pneumobakterium hält. Das frische Secret tritt ziemlich constant fleckenweise auf bestimmten Schleimhautbezirken auf und verbreitet sich von diesen aus diffus weiter. — Von den zahlreichen Theorien über die Pathogenese steht nach D.'s Ansicht besonders die von Cholewa und Cordes vertretene Annahme einer primären rareficirenden Ostitis der Nasenschleimhaut mit diesem Verhalten des Secrets im Einklang. F. KLEMPERER.

18) **Notiz des Herausgebers. Behandlung der Ozaena. (Treatment of ozena.)** *N. Y. Medical News. 29. April 1905.*

Zwei Maassnahmen sind erforderlich: Die Entfernung der Borken durch Einlegen von Wattetampons und Ausspülungen der Nase. Lyon empfiehlt für letzteren Zweck eine Lösung von 1 Theelöffel Soda auf $^1/_4$ Liter lauwarmen oder Salzwasser. Nach einigen Tagen soll man beginnen, antiseptische Ausspülungen mit einer schwachen Carbolglycerinlösung in Wasser zu machen. LEFERTFS.

19) **Ernst Barth. Ein neuer Fall von Rhinosklerom in Ostpreussen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 3. S. 573.*

Der Fall, den Verf. eingehend bespricht, stammt aus Macharren im Kreise Sensburg, welcher unmittelbar an die den ostpreussischen Skleromherd bildenden Kreise Lyck und Johannisburg anschliesst. F. KLEMPERER.

20) **Ranzi. Rhinosklerombehandlung mit Röntgenstrahlen.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 2. December 1904.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 49. 1904.*

Nach circa 35 Bestrahlungen mit weichen Röhren unter sorgfältiger Deckung der übrigen Partien des Gesichtes erfolgte vollständiges Verschwinden der Infiltrate der äusseren Nase. Die Behandlung dauerte $5^1/_2$ Monate. In der Discussion, die sich an diese Demonstration anschloss, berichtet Weinberger über einen mit Finsenstrahlen erfolglos behandelten Rhinoskleromfall. HANSZEL-CHIARI.

21) **Max Toeplitz** und **Henry Kreuder. Rhinosklerom. (Rhinoscleroma).** *N. Y. Medical Record. 28. Januar 1905 und American Journal of Medical Science. Juli 1905.*

Bericht über zwei Fälle, die Frauen von 25 und 27 Jahren betreffen, nebst histologischem Befund der vom Nasenflügel entfernten Geschwulst.

EMIL MAYER.

22) **Erbrich. Cyste der linken Nasenhälfte. (Torbiel sewego Nozdza.)** *Med. No. 39. 1904.*

Bei einer 47 jährigen Frau, welche an Nasenobstruction litt, wurde eine glatte, pralle, wallnussgrosse Geschwulst gefunden, welche den ganzen Nasengang verlegte. Nach der Exstirpation zeigte sich, dass es sich um eine Cyste handelte, die von den unteren Theilen des linken Nasenflügels ausging.

A. v. SOKOLOWSKI.

23) **C. Compaired** (Madrid). **Voluminöses und ausgedehntes elfenbeinhartes Osteom der Nasenhöhlen, der Kiefersinus und der Wangen; Operation; Heilung. (Voluminoso y extenso osteoma ebúrneo de las fosas nasales, sonos maxilares y mejillas. Operacion. Curacion.)** *El Siglo Médico. 28. Juni und 12. Juli 1903.*

Eingehender Bericht des Falles mit näherer Auseinandersetzung des operativen Eingriffes, welcher in 5 Sitzungen erfolgte.

R. BOTEY.

24) **W. G. B. Harland. Papillome bei einem syphilitischen Kinde, die beide Nasenlöcher verstopfen. (Papillomas in syphilitic child occluding both nostrils.)** *American Medicine. 1. April 1905.*

Es handelte sich um ein 8 jähriges Negerkind, bei dem weiche Tumoren, die vom Grunde beider Nasenlöcher entsprangen, die Athmung verlegten. Sie verschwanden schnell unter Anwendung von Jod und Quecksilber bei gleichzeitiger Localapplication von Silbernitrat. Verf. erklärt die Affection als eine Wucherung des Papillarkörpers des Chorions; es handelt sich um keine syphilitische Veränderung, sondern um eine solche, die bei Individuen mit specifischer Infection vorkommt.

EMIL MAYER.

25) **Garcia Tapia** (Madrid). **Blutender Polyp der Nasenscheidewand. (Polipo sangrante del tabique.)** *Revista de Especialid. Médic. 15. Juli 1904.*

Die genannte Neubildung, ein telangiectatisches Fibrom, gab zu starken Blutungen Anlass und erforderte ein mehrfaches Interveniren mit Entfernung eines kleinen Theiles der Scheidewand.

R. BOTEY.

26) **A. Garcia Tapia** (Madrid). **Fibro-Angiom der Nasenscheidewand. (Fibroangioma del septum.)** *Revist. de Médic. y Cirug. No. 856. 1904.*

Der Tumor, von der Grösse einer kleinen Nuss, adhärirte an dem vorderen unteren Theile der Scheidewand und verursachte zahlreiche Blutungen. Exstirpation musste wegen Reproduction zweimal erfolgen.

R. BOTEY.

27) **Max Toeplitz. Syphilitische Nasengeschwülste. (Nasal syphilitic tumors.)** *American Journal of Medical Sciences. Mai 1904.*

Die Diagnose dieser Geschwülste ist, wenn der Patient nicht andere Anzeichen von Syphilis aufweist, schwierig. Die mikroskopische Untersuchung giebt keinen positiven Hinweis auf die specifische Natur der Tumoren. Die Neubildungen sind reine Bindegewebsgeschwülste, die aus dem subcutanen Bindegewebe ihren Ursprung nehmen. Die Riesenzellen, die den Langhans'schen Tuberculoseriesenzellen ähnlich sind, stellen Proliferationen des Endothels der kleinen Venen dar; auch die Leukocyten nehmen an ihrer Bildung Theil.

Alle Perforationen sind nicht syphilitischen Ursprungs. EMIL MAYER.

28) **Harmon Smith. Nasenfibrom, mittels Injection von Monochloressigsäure behandelt. (Naso-fibroma treated by injections of mono-chlor acetic acid.)** *The Laryngoscope. April 1905.*

Verf. hat die Nasenrachenspritze dahin verändert, dass die Nadel länger gemacht ist, so dass sie tiefer in das Gewebe eingestochen werden kann; ferner wird die Spitze der Nadel cachirt, bis sie zu der Einstichstelle gelangt ist. Es wird so vermieden, dass beim Einführen oder Herausziehen der Nadel das Gewebe der Nachbarschaft verletzt wird. EMIL MAYER.

29) **J. Payson Clark. Gliom der Nase. Bericht über zwei congenitale Fälle. (Glioma of the nose. Report of two congenital cases.)** *American Journal of Medical Sciences. Mai 1905.*

Der Bericht der pathologischen Anatomen in dem ersten Falle lautete folgendermaassen: Die Diagnose muss nach dem Präparat auf Gliom lauten. Das Gliom mag mit dem Gehirn zusammenhängen, es ist aber nicht unwahrscheinlich, dass es mit einem teratomatösen Tumor in der Nachbarschaft vergesellschaftet ist. Im zweiten Fall: Die Zellen sind sehr gross, haben einen excentrisch liegenden Kern und fibrilläre Fortsätze. Stellenweise sind Lymphräume von dem gliomatösen Gewebe erfüllt und ausgedehnt, und Stränge desselben werden in der Submucosa nahe der eigentlichen Schleimhaut gesehen.

Verf. ist geneigt zu glauben, dass diese Geschwülste während des Fötallebens entstehen, indem embryonales Gewebe, das später zu Neuroglia wird, zwischen die nachher zusammenkommenden Hälften des Stirnbeins versprengt wird.

In beiden Fällen war die Geschwulst absolut gutartig. Im ersten Falle hatte sie seit der Geburt bis zum zweiten Lebensjahre an Grösse nicht zugenommen. Sechs Monate nach der Entfernung war kein Recidiv vorhanden. Im zweiten Falle wird der Tumor seit einem Jahre beobachtet; während dieser Zeit ist keine Veränderung an ihm constatirt worden. EMIL MAYER.

30) **Röpke. Ueber das Endotheliom der Nasenhöhle.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1904.*

Mittheilung eines Falles bei einer 23jährigen Frau; der Tumor war vom linken Proc. pterygoideus ausgegangen, wuchs dann in die Flügelgaumengrube und comprimirte das Ganglion sphenopalatinum, den knorpeligen Theil der Ohrtrompete und wuchs dann in die Nase, Siebbeinzellen, Kieferhöhle und Keilbein-

höhle; schliesslich brach die Geschwulst in die Schädelhöhle durch. Die Ursache der Neubildung war ein Trauma gewesen. SCHECH.

31) **V. Cozzolino. Melanosarkom der Nasenschleimhaut mit Untersuchungen über die Entstehung des melanotischen Pigments.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 77.*

Kurzer klinischer Bericht über einen Fall. Den Haupttheil der Arbeit nimmt die eingehende histologische Untersuchung ein, welche sich zur Wiedergabe im Referat nicht eignet. Den letzten Theil bilden chemische Untersuchungen über das Pigment, dessen Herkunft Verf. nicht durch Resorption eines blutigen Ergusses, sondern durch eine Umwandlung eines Blutfarbstoffes in Pigment im Kreislauf selbst erklärt. F. KLEMPERER.

32) **J. A. Watson. Sarkom des Naseninnnern. (Sarcoma of the nasal passages.)** *American Medicine. 2. April 1904.*

Vorliegende Studie basirt auf der Betrachtung von 150 aus der Literatur gesammelten Fällen. Das Prädilectionsalter für das Nasensarkom scheint das 5. Jahrzehnt zu sein; Männer erkranken häufiger als Weiber. Verf. hält die Entstehung durch Umwandlung von gewöhnlichen Polypen nicht für unwahrscheinlich. Die Symptome sind der Häufigkeit nach: Stenose, Blutung, Schmerzen, übelriechender Ausfluss und äussere Deformität. In 64 Fällen betrug der Procentsatz der Heilungen durch intracraniale Operationen 54—68 pCt. EMIL MAYER.

33) **Frederic C. Cobb. Bösartige Geschwülste der Nase und des Nasenrachens. (Malignant growths of the nose and nasopharynx.)** *The Laryngoscope. August 1904.*

Unter den Sarkomen sind, der Häufigkeit nach geordnet, zu unterscheiden: Spindelzellen- oder Fibrosarkome, klein- oder grosszellige Rundzellensarkome, Angiosarkome, Melanosarkome und Riesenzellensarkome. Verhältnissmässig selten sind die Endotheliome. Die Carcinome sind häufiger als die Endotheliome, jedoch weit seltener als die Sarkome. Diagnostische Irrthümer werden häufig infolge der glandulären Structur mancher gutartigen Nasengeschwülste gemacht. Adenome oder Fibroadenome können bisweilen von den Carcinomen nur durch den klinischen Verlauf unterschieden werden. EMIL MAYER.

34) **John Mc. Coy. Adenocarcinom der Nase. Killian'sche Operation zur radicalen Entfernung. (Adeno-Carcinoma of nose. Killian's operation for radical removal.)** *The Laryngoscope. April 1905.*

Verf. berichtet über einen Fall. Er behauptet, es existirten überhaupt deren neun. Das Resultat der Operation war, dass nach 6 Wochen Heilung eingetreten war; das kosmetische Resultat war im höchsten Grade befriedigend.

EMIL MAYER.

35) **J. Kikuchi. Der histologische Bau der Knochenblasen in der Nase nebst Bemerkungen über Wachsthum und Entstehung derselben.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 2. S. 308. 1903.*

Verf., der auf der Körner'schen Klinik 15 Fälle von Knochenblasen der

mittleren Nasenmuscheln histologisch untersucht hat, fasst das Ergebniss seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Knochenblase kann schon in der Knorpelzeit der fötalen Muscheln entstehen. Mein Fall deutet auf den 4. Fötalmonat hin. Ich fasse sie als eine aberrirte Siebbeinzelle in der mittleren Muschel auf, denn

2. die Beschaffenheit der Innenschleimhaut der Knochenblase ist identisch mit derjenigen der Siebbeinzellen. Ihre Schleimdrüsen localisiren sich an der Mündungsgegend der Blase.

3. Die Erweiterung resp. Verdünnung der Knochenwand der Blase wird durch Resorptionsprocesse im Anschluss an eine im Ablauf begriffene Entzündung allmälig eintreten.

F. KLEMPERER.

36) **A. Onodi. Die Muschelzellen (sogenannte Knochenblasen).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 306.*

O. fand Knochenblasen 7 mal in der mittleren Muschel und 1 mal in der oberen; sie mündeten in allen Fällen in den oberen Nasengang. „Die sogen. Knochenblasen sind Bildungsanomalien, Siebbeinzellen congenitalen Ursprungs in der mittleren und oberen Muschel und daher ist Muschelzelle die entsprechende Bezeichnung." Der Inhalt der Muschelzellen kann Luft, Schleim oder Eiter, ihre Wandung und die auskleidende Schleimhaut kann normal oder pathologisch verändert sein; durch pathologische Veränderungen können die Muschelzellen wachsen und verschieden grosse blasenartige Formen annehmen, sowie verschiedene Symptome hervorrufen.

F. KLEMPERER.

37) **Bobone. Völlige congenitale linksseitige Nasenverstopfung durch eine Knochen-Knorpelblase der unteren Muschel. (Obstruction totale d'origine congénitale de la narine gauche par un kyste ostéo-cartilagineux du cornet inférieur.)** *Arch. Intern. de laryngol. No. II. März-April 1905 und Bollett. delle Malattie dell'orecchio etc. No. I. 1905.*

Während Knochenblasen der mittleren Muschel häufig beschrieben werden, sind solche der unteren Muschel bisher nicht beobachtet worden. Verf. theilt einen Fall mit, in dem er die Geschwulst in mehreren Sitzungen entfernte.

E. J. MOURE.

38) **E. J. Moure. Ueber einen Fall von Mucocele des Siebbeins. (Sur un cas de mucocèle éthmoidale.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. I. 1905.*

Die Mucocele war bei dem 18jährigen Patienten ganz besonders gross; sie hatte das Volumen eines Hühnereies. Der Tumor hatte infolge seines raschen Wachsthums, durch sein Aussehen und die durch ihn bewirkte äussere Deformation der Nase den Verdacht auf eine maligne Neubildung erweckt.

AUTOREFERAT.

39) **Wendell C. Phillips. Die untere Muschel; ihre Function, Erkrankungen und Behandlung. (The inferior turbinate bono, its function, diseaso und treatment.)** *American Journal of Medical Science. Juli 1905.*

Was die Behandlung betrifft, so ist P. kein Freund von Aetzmitteln; der Galvanokaustik räumt er nur einen zweifelhaften Werth ein. Die beste Operations-

methode besteht in einem glatten Schnitt mittels besonders construirter Scheeren durch Weichtheile und Knochen hindurch. Die Wunde soll mit einer dünnen Lage Gaze bedeckt werden, die in 12proc. Lösung von essigsaurer Thonerde getaucht ist, der etwas Adrenalin zugesetzt ist.

EMIL MAYER.

40) **G. Ferrari. Practische Methode der Conchotomie. (Metodo pratico di turbinotomia.)** *Atti della Clinica Oto-rino-laringojatrica della R. Università di Roma. Anno II. 1904.*

Verf. ist kein Freund chemischer und kaustischer Mittel und bevorzugt die blutige Methode. Beim Gebrauch scheerenförmiger Instrumente oder Sägen kann es vorkommen, dass die in ihrem vorderen Theil abgeschnittene Muschel mit ihrem hinteren Ende noch hängen bleibt. Verf. schlägt daher vor, die Muschel mit einem besonderen Instrumente anzuhaken, das in einem langen und dünnen, fast rechtwinkling an einem Handgriff befestigten Haken besteht mit einem Oehr in der Mitte. Man fixirt mittelst dieses Hakens die Muschel an ihrem hinteren Ende, fädelt in den Haken einen starken Faden, den man einem Assistenten übergiebt und macht den Haken vom Handgriff los. Jetzt wird — am besten mit einer Säge — die Conchotomie gemacht. Ist die Muschel gleich völlig abgetrennt, so kommt das resecirte Stück mit dem Haken zusammen heraus, anderenfalls kann man unter Leitung des Hakens eine Schlinge umlegen und so die Operation zu Ende führen.

FINDER.

41) **Rindfleisch** (Weimar). **Bericht über 627 Conchotomien.** (Aus der Klinik von Dr. Ruprecht, Bremen.) *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 3 u. 4. 1905.*

Eingehender, kritischer, durch Krankengeschichten illustrierter Bericht über die Beseitigung von Muschelhypertrophien vermittels partieller Conchotomie, der Autor vor allen anderen Methoden den Vorzug giebt; zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

42) **Dudley S. Reynolds. Turbinectomie. (Turbinectomy.)** *The Laryngoscope. April 1905.*

Verf. bevorzugt für die Entfernung der Muschel die Säge. Er bedient sich zweier Arten von Instrumenten; bei dem einen sind die Zähne fein und gleichmässig, bei dem anderen sind sie derber und durch Zwischenräume unterbrochen. Die Zähne sollen in solchem Winkel angeordnet sein, dass sie nur beim Vorwärtsstossen der Säge schneiden, nicht aber beim Zurückziehen derselben. Die Spitze soll gut abgerundet und glatt, der Rücken soll ein wenig dünner sein, als die Schneide.

EMIL MAYER.

43) **E. Schmiegelow. Eine rhinologische Merkwürdigkeit.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 369.*

Abbildung eines Mannes, der den Unterkiefer so weit nach vorn und nach oben zu schieben vermag, dass er sich in die Nase beissen konnte.

F. KLEMPERER.

44) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Ueber die Nasentamponade.** *Mit 1 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1905.*

Autor empfiehlt zur Nasentamponade Eisenchlorid-Watte und erörtert eingehend die Technik der Tamponade. HECHT.

c. Mundrachenhöhle.

45) **Sinnhuber** (Berlin). **Ueber motorische Reizerscheinungen im Pharynx und Larynx.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. 1904.*

In der Berliner medizinischen Gesellschaft kinematographische Demonstration eines Patienten, der etwa 140 Mal in der Minute ein fortwährendes Zucken des weichen Gaumens, der hinteren Pharynxwand, der Stimmbänder und der Aryknorpel aufwies. Ausserdem etwas abweichende, beständige Zuckungen im Facialisgebiet und Parese der Zungenmuskulatur. Diagnose — am wahrscheinlichsten ein Krankheitsprocess in der hinteren Schädelgrube — wird offen gelassen.

In der Discussion des Vortrages betont Oppenheim die Verschiedenheit der Zuckungen im Facialisgebiet mit denen des Gaumensegels und der Stimmbänder, was gegen eine Beziehung des Facialis zur Gaumensegelinnervation spräche. Brasch hält Paralyse, Rothmann und Heymann Hysterie für nicht ausgeschlossen. ALBANUS (ZARNIKO).

46) **B. H. Stone. Ein neuer pathogener Microorganismus im Halse. (A new pathogenetic throat organism.)** *N. Y. Medical Record. 13. August 1904.*

Stone's neuer Microorganismus verursacht eine Erkrankung, die einer leichten Diphtherie etwas ähnelt. Die Infection mit diesem Diplococcus ruft ausgesprochene Allgemeinsymptome hervor, die plötzlich auftreten und kurze Zeit anhalten. Das tinctorielle und culturelle Verhalten des Microorganismus, sowie die Impfversuche auf Thiere werden beschrieben. LEFFERTS.

47) **S. W. Langmaid. Die Wirkungen des Tabaks auf den Hals. (The effects of tabacco upon the throat.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. Juni 1905.*

Cfr. Verhandlungen der Jahresversammlung der Amerikanischen medicinischen Gesellschaft in Atlantic City. 3. Juni 1904. EMIL MAYER.

48) **A. G. W. van Waveren** (Harlem). **Ein Fall von bakteriologischer Halsuntersuchung. (Een geval betreffende bacteriologisch keelonderzoek.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1544. 1904.*

Ein Fall von gutartig verlaufener Halsentzündung, wo nur mässige Hyperämie der Halsschleimhäute bestand, wo indessen zahlreiche Diphtheriebacillen aufgefunden wurden. Einige Tage später erkrankte ein jüngerer Bruder an unzweifelhafter Diphtherie. Die bacteriologische Untersuchung soll häufiger wie jetzt bei Halsentzündungen gemacht werden. H. BURGER.

49) **Lee Maidment Hurd. Bericht über einen Fall von Mycosis des Halses mit X-Strahlen behandelt. (Report of a case of mycosis of the throat treated by the X-Rays.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1905.*

Tonsillen und Pharynx wurden den X-Strahlen direct durch einen Spiegel ausgesetzt, während das Gesicht vor ihrer Einwirkung geschützt wurde. Zungentonsille und Larynx wurden von aussen her durch die Gewebe des Halses hindurch behandelt. Im ganzen wurden 41 Sitzungen, zu je 10 Minuten, gemacht. In den meisten Fällen geschah die Application durch die Halsgewebe hindurch.

Die Mycosis trat nicht wieder auf; Pat. blieb auch fernerhin frei von Laryngitis. Verf. führt die Heilung auf die Einwirkung der X-Strahlen zurück; er konnte wenigstens constatiren, dass der Pat. nach jeder Sitzung ein erhebliches Gefühl von Besserung angab.

EMIL MAYER.

50) **Shebrowski. Zur Frage der Secretionsthätigkeit der Parotis beim Menschen. (K woprosu ob otdelitelnai rabote okolanschnoi shelesi w tscheloweka.)** *Russ. Wratsch. No. 4—9. 1905.*

Sh. war in der glücklichen Lage, 2 Kranke zu gleicher Zeit zu beobachten, die beide eine äussere Speichelfistel an der Parotis hatten.

Im Verlaufe von längerer Zeit stellte er eine Reihe von sehr sorgfältigen Beobachtungen an, an der Hand welcher er die Resultate früherer Forscher, angefangen von Mitscherlich und Claude Bernard bis zu Pawlow und seinen Schülern theils controlliren, theils vervollständigen, theils berichtigen konnte. Die Theorie Pawlow's, dass die Speichelabsonderung den Gesetzen der Zweckmässigkeit untergeordnet ist, konnte er nicht rückhaltlos bestätigt finden. Seine Arbeit enthält sehr viele Tabellen, so dass sie zum Referate nicht geeignet ist. Es seien einige seiner Schlussfolgerungen hier wiedergegeben.

1. Die Secretion der Parotis des Menschen ist verschieden; sie hängt von der Zusammensetzung der chemischen und physikalischen Eigenschaften der Erreger ab. Die Menge, Kraft, der Ort und die Art der Berührung des Erregers mit der Schleimhaut des Mundes hat Einfluss auf die Secretion.

2. Die Menge wirkt auf die Schnelligkeit der Secretion.

3. Die Kraft des Erregers wirkt auf die Menge und die Zusammensetzung des Secretes.

4. Das Kauen hat deutliche Einwirkung. Das einseitige Kauen ruft eine verstärkte Secretion auf der entsprechenden Seite hervor.

5. Der Alkaligehalt ist proportional der Menge der Asche. Mit der Schnelligkeit der Secretion steigt der Alkalismus.

6. Die verdauende Wirkung ist proportional dem Gehalt an organischen Bestandtheilen des Speichels.

7. Amylum wird um so mehr verdaut, je alkalischer der Speichel ist.

P. HELLAT.

51) **Du Cassaët** und **Lefèvre. Wiederholt auftretende Parotitis. (Parotidite à répétition.)** *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. December 1904.*

Verff. berichten über einen Fall von wiederholt auftretender Parotitis in Folge Resorption von Jodkali. Der letzte Anfall trat mehrere Monate nach Einnahme des Medicaments auf.

E. J. MOURE.

52) **A. Narath** (Utrecht). **Eine Berufskrankheit der Glasbläser. (Een beroepsziekte der glasblazers.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1421. 1904.*

Eine rechtsseitige Pneumatocele ductus Stenoniani et glandulae parotidis bei einem 42 jährigen Glasbläser, der seit ca. 9 Jahren beim Blasen eine allmälig zunehmende Schwellung vor dem rechten Ohre bemerkte, die ihn schliesslich arbeitsunfähig machte. Sondirung und Ausspülung des Ductus hatten keinen Erfolg. Februar 1902 Aufnahme in die Klinik. Beim Aufblasen der Wangen bildete sich sofort eine Schwellung im Gebiete der Drüse sammt Ausführungsgange, die beide auf der hypertrophischen Wange deutlich sichtbar sind. Die Geschwulst zeigt einen hoch-tympanitischen Percussionston und verschwindet auf Fingerdruck unter charakteristischem, demjenigen bei der Darmbruchreposition ähnlichem Geräusch. Der Inhalt besteht aus Luft und Schleim. 13. Februar 1902 wird in Narkose der Ductus mittelst Hautschnitt freigelegt, sein freies Ende lospräpariert, und, nach schräger Sonden-Durchbohrung der Wangenmusculatur und der Schleimhaut an eine tiefere Stelle der Mundhöhle geführt. Anfänglich war der Erfolg sehr gut; die Parotis wurde nicht mehr aufgeblasen. Später indessen traten bei Verengerung der Ausmündung Secretverhaltung und nach Sondirung wiederholt Entzündungserscheinungen auf.

Schliesslich Radicaloperation: Exstirpation des Ductus und der Parotis. Ein kleiner Rest in der Nähe des N. facialis wurde zurückgelassen, nach aussen drainirt und später mittelst Alcohol und Chlorzink vernichtet. Keine Facialisläsion.

Der Pat. ist wieder arbeitsfähig, allein er hat jetzt leider beim Blasen unerklärliche Schmerzen in der Magengegend.

In der Discussion theilt Baart de la Faille einen weiteren Fall mit. Ein Glasbläser zog sich bei der Arbeit eine acute Parotitis zu. Nach einigen Ruhetagen schien er hergestellt zu sein und übernahm wieder seine Arbeit. Am zweiten Tag aber beim Blasen plötzlich ein Knall in der Wangengegend, heftiger Schmerz und bald ein ausgedehntes subcutanes Hals-Emphysem. Jetzt, nach einigen Wochen scheint der Patient von seiner vermuthlichen Ruptur des Ductus Stenonianus genesen zu sein.

H. BURGER.

53) **Gürich** (Parchwitz). **Ueber die Beziehungen zwischen Mandelerkrankungen und dem acuten Gelenkrheumatismus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 47. 1904.*

Auf Grund klinischer Erfahrungen weist Autor darauf hin, dass in vielen Fällen der acute Gelenkrheumatismus als Folge einer fossulären Angina (chron. desquamative Entzündung der Mandelgruben) anzusprechen ist. Zur Stütze dieser Auffassung führt Gürich eine Reihe von Fällen an, bei denen durch Jahre hindurch ständige, zahlreiche Recidive von Gelenkrheumatismus auftraten, die mit Behandlung der Tonsillen (Tonsillotomie, bezw. Tonsillenschlitzung und Curettement) sistirten und nicht mehr wiederkehrten. Anatomische, pathologisch-anatomische und therapeutische Erörterungen über die Angina fossularis, die mehr für den practischen Arzt bestimmt sind, bilden den Rahmen des interessanten Vortrages.

HECHT.

54) **Monnier. Ein Fall von Tetragonus-Angina. (Un cas d'angine à tetragène.)** *Arch. internat. de laryngol. No. VI. 1904.*

Der Tetragenus kann Pseudocroup und pseudo-membranöse Anginen hervorrufen; charakteristisch ist die Anwesenheit einer grossen Zahl weisser Pünktchen auf der Schleimhaut.

E. J. MOURE.

55) **Róna** (Budapest). **Zur Aetiologie und Pathogenese der Plaut-Vincent'schen Angina, der Stomakace, der Stomatitis gangraenosa idiopathica, beziehungsweise der Noma, der Stomatitis mercurialis gangraenosa und der Lungengangrän.** *Arch. f. Dermatol. 74. Bd. 1905.*

Die Vincent'sche Angina, die Stom. ulcerosa, die Stom. gangraenosa, die Noma müssen in Anbetracht der Identität der Localisation, des klinischen und pathologisch-anatomischen Charakters und der histologischen Structur in der Aehnlichkeit der letzeren als ein und derselbe, bloss Intensitäts- und Extensitätsunterschiede zeigende Process betrachtet werden. Bei sämmtlichen ist stets ein Spirillum und eine Art von Bacillen (fusiform.) an der nekrotischen Oberfläche nachweisbar, in der Tiefe des Gewebes nur der letztere Bacillus. Die Stomatitis ulcerosa et gangraenosa mercurialis unterscheidet sich von den vorherigen nur darin, dass in diesem Falle die allgemeine Schwäche, die locale Disposition, die herabgesetzte Vitalität der Gewebe durch den Mercur hervorgerufen wird.

SEIFERT.

56) **Saxton Pope. Streptokokkenangina und ihre renalen Complicationen. (Streptococcus Angina and its renal complications.)** *California Medical Bulletin. April 1905.*

Unter 108 Fällen renaler Affectionen hatten 78 lacunäre Tonsillitis, 30 eine einfache Angina gehabt. Bei 75 pCt. fand sich der Streptococcus, bei 10 pCt. Staphylococcus aureus, bei den übrigen Mischculturen. Alle Fälle mit Löffler-schen Bacillen wurden ausgeschlossen.

EMIL MAYER.

57) **Busquet. Herzstörungen als späte Folgeerscheinungen nach Angina. (Des troubles cardiaques tardifs consécutifs aux angines.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. Juni 1904.*

Die Herzstörungen zeigen sich erst lange Zeit, nachdem bereits anscheinend Heilung eingetreten ist. Verf. führt einen typischen Fall an.

E. J. MOURE.

58) **Ito** (Fukuoka in Japan). **Ueber primäre Darm- und Gaumentonsillentuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. 1904.*

Verf. theilt aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Krankenhauses im Friedrichshain zu Berlin ausser Fällen von primärer Darmtuberculose zwei Fälle von primärer Tuberculose der Gaumentonsillen mit, die durch die mikroskopische Untersuchung in Form von solitären Tuberkeln aufgedeckt wurde. Verf. sieht diese Tuberculose als primäre Fütterungstuberculose an, d. h. hervorgerufen durch Tuberkelbacillen enthaltende Nahrung, nicht durch eigenes tuberculöses Sputum. Die primäre Gaumentonsillentuberculose, die meist nur „bei verminderter Widerstandsfähigkeit oder bei besonderer Disposition eintritt", verläuft sehr leicht, meist ohne Geschwürsbildung.

ALBANUS (ZARNIKO).

59) **George B. Word. Die Bedeutung tuberculöser Befunde in den Tonsillen. (The significance of tuberculous deposits in the tonsils.)** *The Journal of the American Medical Association. , 6. Mai 1905.*

Das Tonsillargewebe ist infolge seines besonderen anatomischen Baues und seiner topographischen Beziehungen mehr geneigt, tuberculös inficirt zu werden, als andere Theile der oberen Luftwege. In fast allen Fällen vorgeschrittener Lungenphthise werden die Gaumentonsillen mit afficirt. In fast 5 pCt. der hypertrophischen Rachentonsille findet sich irgend welche Form von primärer Tuberculose; primäre Infection der Gaumentonsillen ist seltener.

Tuberculöse Adenitis der Halsdrüsen entsteht in der Mehrzahl der Fälle durch eine Infection, die bisweilen von der Rachentonsille, häufiger von der Gaumentonsille ihren Ursprung nimmt.

Der Tuberkelbacillus ist wahrscheinlich unfähig, durch die Tonsillen hindurchzuwandern, ohne erst die vitale Resistenz des Tonsillargewebes überwunden zu haben. Die Gefahr einer allgemeinen oder pulmonären Infection von einer tuberculösen Veränderung der Tonsille aus ist fast gleich der einer Tuberculose der Halsdrüsen. Die grösste Gefahr, die durch Anwesenheit verkäster Halsdrüsen entsteht, ist die miliare Tuberculose der Lungen.

Die Tonsillen sind der Einwirkung von Bakterientoxinen gegenüber resistenter als gewöhnliches Lymphgewebe.

EMIL MAYER.

60) **G. A. Aschman. Primäre Syphilis der Gaumenmandel. (Primary syphilis of the faucial tonsil.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 27. Mai 1904.*

Zwei Fälle werden berichtet.

EMIL MAYER.

61) **Thos. J. Harris. Primäre Ulceration der Tonsille nebst Bemerkungen über Tonsillarulcerationen im Allgemeinen. (Primary ulceration of the tonsil together with some remarks on tonsillar ulcerations in general.)** *American Medicine. 23. Juli 1904.*

Cfr. Verhandlungen der XXVI. Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft Juni 1904.

EMIL MAYER.

62) **D. W. Montgomery. Primäraffect der Tonsille. (Primary lesion of the tonsil.)** *N. Y. Meaical Journal. 17. Juni 1905.*

Verf. hat zwei Fälle von Schanker der Tonsille beobachtet. In dem einen Falle war einem jungen Mädchen zwei Wochen vorher die Tonsille entfernt worden und die geschwollenen regionären Lymphdrüsen waren unter der falschen Annahme, dass es sich um eine tuberculöse Adenitis handle, entfernt worden. In dem anderen Falle handelte es sich um einen Reconvalescenten nach Typhus, der ein Geschwür auf der linken Tonsille hatte, allgemeine Drüsenschwellung und ein maculo-papulöses Syphilid. Der Modus der Infection war in beiden Fällen nicht nachweisbar.

LEFFERTS.

63) **Notiz des Herausgebers. Schanker der Tonsille. (Chancre of tonsil.)** *St. Louis Medical and Surgical Journal. Juni 1905.*

Verf. berichtet über zwei Fälle und erörtert die Differentialdiagnose gegenüber der Diphtherie, Vincent'schen Angina etc.

EMIL MAYER.

64) **Edward L. Kellogg. Eine Uebersicht über die Behandlung entzündlicher Zustände im Halse durch Irrigation, und Beschreibung eines neuen Irrigaterансatzes. (A review of the treatment in inflammatory conditions of the throat by irrigation and a description of a new irrigator tip.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1905.*

Verf. beschreibt seine Methode der Irrigation mit heissen Salzlösungen, besonders bei diphtherischen und scarlatinösen Halsaffectionen. LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

65) **Arnold Knapp. Die Unterscheidung des Bacillus diphtheriae, B. xerosis und B. pseudo-diphtheriae durch Fermentationsproben. (The differentiation of B. diphtheriae, B. xerosis and B. pseudo-diphtheriae by fermentation test.)** *Journal of Medical Research. November 1904.*

Culturen von Diphtheriebacillen und B. xerosis bringt Dextrose, Mannit und Maltose zur Fermentation; der B. xerosis verhält sich gegenüber Saccharose als Ferment, während dies der Diphtheriebacillus nicht thut. Pseudo-Diphtheriebacillen wirken auf keine Zuckerart fermentativ. EMIL MAYER.

66) **Perry C. Beatle. Diphtherieepidemie in einem Waisenhaus; erfolgreiche Behandlung mit Antitoxin: 56 Fälle mit 3 Todesfällen. (Diphtheria epidemia in an orphans home: succesful treatment by antitoxin; 56 cases with 3 deaths.)** *Indiana Medical Journal. December 1904.*

Der Titel enthält den Inhalt. EMIL MAYER.

67) **A. Seibert. Ein Beitrag zur Diphtherie im frühen Lebensalter. (A contribution to diphtheria in early life.)** *Archivs of Pediatrics. Februar 1905.*

Verf. erwähnt einen Fall von latenter Nasendiphtherie bei einem 2 Jahre alten Mädchen; die Geschichte des Falles soll beweisen, dass negativer Ausfall der Untersuchung auf Löffler'sche Bacillen in einem zweifelhaften Falle keine Bedeutung hat und dass bei jedem Verdacht auf Diphtherie die Anwendung von Serum indicirt ist. Ferner wird berichtet über eine Diphtherie der Zunge, der Lippen und der Conjunctiva mit geringen Symptomen von Allgemeininfection bei einem 7 Wochen alten Knaben. Die Anwendung des Behring'schen Diphtherieserums erwies sich in diesem Falle als wirksam.

Gaumensegellähmung nach latenter Diphtherie wurde bei einem 8 Wochen alten Knaben beobachtet. Obwohl in diesem Falle keine Membranen vorhanden waren, wurden 2000 I.-E. injicirt. Nachträglich angelegte Culturen zeigten die Anwesenheit des Löffler'schen Bacillus. Wenn reichlich Anschwellung der Nackendrüsen vorhanden ist, muss eine Infection des Nasenrachens vermuthet werden.

Verf. wendet das Antitoxin an, ohne den Ausfall der bakteriologischen Untersuchung abzuwarten. EMIL MAYER.



68) W. D. Stewart. **Frühzeitige Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (Early diagnosis and treatment of diphtheria.)** *Toledo Medical and Surgical Reporter. September 1904.*

Die Erfahrung spricht dafür, dass 1000 I.-E., die innerhalb der ersten 24 Stunden injicirt werden, von grösserer Wirkung sind, als 5000—7000 I.-E., die in den dritten 24 Stunden oder später injicirt werden. Es kommt also alles auf eine möglichst frühzeitige Diagnose an.

EMIL MAYER.

69) G. Castranuovo. **Die Mischinfection bei der Diphtherie und ihre Behandlung. (Le infezioni miste nella difterite e loro cura.)** *Riforma Medica. 24. Februar 1904.*

Verf. hat zahlreiche experimentelle Untersuchungen angestellt, die zu folgendem Ergebniss geführt haben: Bei einer gleichzeitigen Impfung von Streptokokken und Diphtheriebacillen ist nicht zu constatiren, dass beide Mikroorganismen sich gegenseitig in ihrer Virulenz beeinflussen. Injicirt man Streptokokken zusammen mit Diphtherietoxin, so tritt eine erhebliche Virulenzsteigerung der Streptokokken ein. Gleichzeitige Einwirkung von Pneumokokken und Diphtheriebacillen zeigt keine gegenseitige Virulenzsteigerung, während Inoculation von Peumokokken mit Diphtherietoxin meist eine leichte Abschwächung der Einzelwirkung zur Folge hat. Dem Marmorek'schen und Aronson'schen Antistreptokokkenserum kommt nur eine geringe präventive und heilende Wirkung zu.

FINDER.

70) Flamini. **Beitrag zum Studium der Nierenaffectionen bei Diphtherie. (Contributo allo studio delle lesioni del rene nella difterite.)** *Il Policlinico. Sez. Med. Fasc. IX. 1904.*

Auf Grund der urologischen Untersuchung in 70 Fällen und der histologischen Untersuchung in 11 Fällen kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass fast stets die Niere bei der Diphtherie afficirt ist. Die Nephritis diphtherica charakterisirt sich durch Läsion der Nierenepithelien. Besonders betroffen sind die Epithelien der Tubuli contorti und bisweilen auch des aufsteigenden Astes der Henle'schen Schleife.

FINDER.

71) Notiz des Herausgebers. **Der prophylactische und heilende Werth des Diphtherie-Antitoxin. (The prophylactic and curative value of diphtheria antitoxin.)** *The Journal of the American Medical Association. 25. Februar 1905.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

72) M. Ponticaccia. **Eine besondere Wirkung des Antidiphtherie-Serums. (Di una speciale azione del siero antidifterico.)** *La Pediatria. V. 1904.*

Verf. berichtet einen ein $4^1/_2$jähriges Kind betreffenden Fall, das auf der hinteren Rachenwand einen dünnen fest anhaftenden Belag zeigte und bei dem nach Injection von 5000 Pasteur'schen I.-E. Antidiphtherieserum innerhalb 2 Stunden Symptome einer ausgesprochenen Larynxstenose eintraten, die trotz operativen Eingriffes zum Tode führten. Verf. schliesst eine subglottisches Oedem aus und führt den Verlauf auf das Serum zurück.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **P. Bartels. Ueber die Nebenräume der Kehlkopfhöhle.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropologie. Bd. VIII. H. 1. S. 11.*

Aus der bemerkenswerthen Arbeit B.'s seien hier nur die den Menschen betreffenden Ergebnisse mitgetheilt. Als normaler Befund beim Menschen wurde erkannt: Die Nebenräume der Kehlkopfhöhle bestehen aus beiden Ventriculi laryngis (Morgagni) und deren Appendices. Die Ausdehnung dieser Räume beträgt durchschnittlich 1 cm (Luschka). Zwischen beiden Ventrikeln bezw. den Stimmbändern findet sich ausserdem vorn in der Medianlinie die Fovea centralis. Abweichende Befunde bei Menschen und zwar Vergrösserungen der Morgagni'schen Ventrikel nach oben finden sich in 3 Modifikationen: a) Vergrösserung des Morgagni'schen Ventrikels nach oben hin, die demselben mit breiter Basis ungestielt aufsitzt; b) Vergrösserung des Morgagni'schen Ventrikels, von ihrem vorderen Theil mit einem Stiele entspringend, nach oben hin sich fortsetzend und sogar die Membr. hyothyreoidea durchbohren könnend; c) Vergrösserung des Morgagni-schen Ventrikels, die von ihrem hinteren Abschnitte mit einem Stiele entspringend nach oben hin sich fortsetzt und sogar die Membr. hyothyr. durchbrechen kann.

Ferner wurden festgestellt Vergrösserungen des Morgagni'schen Ventrikels nach hinten.

Es wurde die Frage der Entstehung solcher Bildungen untersucht, und deshalb einerseits die Möglichkeit des pathologischen Ursprungs berücksichtigt, andererseits aber an über 20 Kehlköpfen von menschlichen Früchten und Neugeborenen ein genauer Befund erhoben. Es ergab sich, dass solche Vergrösserungen zwar erworben werden können, in einer sehr grossen Zahl von Fällen aber bereits angeboren vorkommen; es scheint sogar, als wenn beim Neugeborenen die stärkere Ausbildung dieser Nebenräume eine viel häufigere sei als beim Erwachsenen, so dass an einen für gewöhnlich eintretenden Rückbildungsprocess gedacht werden muss, der nur in einzelnen Fällen ausbleibt.

Es erscheint nach alledem erlaubt, die Vergrösserungen der Morgagni'schen Ventrikel als eine echte Theromorphie aufzufassen und ihre Entstehung mittelst des Atavismus zu erklären.

Schliesslich werden abnorme Nebenräume vorne in der Mittellinie beschrieben und zwar der Fall von medianem Ventriculus Morgagni von Brösicke, der Fall einer „queren Schleimhautfalte" vorn in der Mitte des Kehlkopfs von Hyrtl, und sicher pathologische Fälle wie Cysten u. s. w.

In Beziehung zur Rassenanatomie wird man sich endlich nicht dem Eindruck entziehen können, dass bei dem freilich geringen Beobachtungsmaterial eine auffällige Häufung von Vorkommnissen, wie rückwärtige Ausdehnung des Morgagni-schen Ventrikels, starke Ausbildung der Appendix, kräftige Entwickelung einer Forvea centralis aufgetreten ist, die dafür sprechen, dass der Kehlkopf des Negers mehr Neigung zur Theromorphie zeigt als der des Europäers.

J. KATZENSTEIN.

74) S. Citelli. **Ueber die Existenz einer Cartilago supracricoidea beim Menschen und seine morphologische Bedeutung. (Su l'esistenza di una cartilagine sopracricoidea nell'uomo e sulla sua importanza morfologica.)** *Arch. Ital. d. Laringologia. IV. 1904.*

Verf. hat diesen überzähligen Kehlkopfknorpel in einem Fall bei einem 70jährigen Mann gefunden; er bildet einen normalen Befund bei vielen Thieren. Er liegt in der Tiefe vor der Insertion des Lig. jugale zwischen den beiden Musculi interarytaenoidei obliquus und transvers. unmittelbar vor der Ringknorpelplatte etwas nach rechts hinüber. Er hat die Form einer flach-convexen Linse; die hintere Fläche ist eben, die vordere ist convex und ausgetieft. Sein unterer Rand berührt den oberen Rand der Ringknorpelplatte; der übrige Teil befindet sich hinter dem M. arytaenoideus transversus und im selben Niveau mit dem Arytaenoideus obliquus. Seiner Structur nach verhält er sich wie hyaliner Knorpel.

Vom morphologischen Standpunkt liegt die Wichtigkeit darin, dass der Knorpel der Cartilago procricoidea entspricht, die bei vielen Thieren vorkommt und nicht der Luschka'schen Cartilago interarytaenoidea. Dies geht daraus hervor, dass die letztere sehr oberflächlich liegt, während die Cartilago procricoidea in der Tiefe gelegen ist. Ferner besteht die Cartilago interarytaenoidea aus Netzknorpel, die Cartilago procricoidea aus hyalinem Knorpel.

FINDER.

75) Geronzi. **Ueber die Anwesenheit nervöser intramusculärer Ganglien in einigen Muskeln des Kehlkopfinnern. (Sur la presence de ganglions nerveux intramusculaires dans certains muscles intrinsiques du larynx.)** *Arch. intern. de laryngol. No. VI. 1904.*

Die betreffenden Muskeln sind: Die Crico-arytaenoidei postici, Cricothyreoideus, Thyreo-arytaenoideus. Es erübrigt noch, die Bedeutung dieser Ganglien nachzuweisen.

E. J. MOURE.

76) Lalerski. **Ein Fall von angeborener Larynxmembran. (Przypadek blony wrodronej krtani.)** *Nowiny Lekarskie. No. 5. 1904.*

Bei einem 25jährigen Manne, der über Heiserkeit seit Kindheit und über Athembeschwerden seit einem Jahre klagte, fand Verf. eine Verengerung des Larynxlumen, die durch reine dünne Membran bedingt war. Die Membran war gleich unter den Stimmbändern ausgespannt und umfasste die vorderen $^2/_3$ des Larynxlumen; im hinteren Theile des Larynxlumen befand sich eine runde Oeffnung. Die Stimmbänder zeigten normale Bewegung.

Mittelst doppelter Curette entfernte Verf. die Membran, worauf die Athembeschwerden und die Heiserkeit verschwand.

A. SOKOLOWSKI.

77) Johann Fein. **Die Verklebungen im Bereiche des embryonalen Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 94.*

Verf. untersuchte 10 Embryonen. Der Process der Verklebung beginnt in der 4. Woche; die Lösung derselben scheint in der 10.—11. Woche stattzufinden. Die Verklebung schliesst in einem gewissen Stadium der Entwickelung die Rachenhöhle von der Luftröhre vollständig ab. Ihre Entstehung führt Verf. auf die Un-

gleichmässigkeit im Wachsthum der Lichtung des Kehlkopfrohres im Verhältniss zum Wachsthum des Epithelialüberzuges zurück.

F. KLEMPERER.

78) **Glücksberg** (Lyon). **Beitrag zum Studium der Laryngocelen. (Contribution à l'étude des laryngocèles.)** *Thèse de Lyon. 1904.*

Für das Zustandekommen dieser Lufthernien sind zwei Reihen von Ursachen verantwortlich: Erstens prädisponirende Ursachen, die die Kehlkopfwände schwächen und zweitens auslösende Ursachen, die zu einer Vermehrung des Drucks im Bereich der geschwächten Partie führen.

Unter den ersten Ursachen müssen erwähnt werden die ulcerativen Veränderungen, das Bestehen anormaler Taschen, analog den Luftsäcken der Affen. Die Drucksteigerung kann zu Stande kommen durch Verschluss der Glottis, ferner durch Verengung der oberen Larynxöffnung und endlich durch pathologische Disposition des Larynx, in Folge deren der exspiratorische Luftstrom gegen die Oeffnung der Sinus hingeleitet wird.

Ist erst einmal eine Lücke entstanden, so kann der Luftsack nach aussen unter der Haut des Halses vorspringen (Laryngocele externa) oder nach innen in das Larynxlumen (Laryngocele interna). Die ersteren müssen durch lang dauernde Compression behandelt werden, bei den inneren Laryngocelen besteht die Behandlung in einer Beseitigung der Ursachen, wenn dies möglich ist. Treten Symptome von Asphyxie auf, so muss der Sack punktirt werden.

PAUL RAUGÉ.

79) **Imhofer. Phlebectasia laryngea.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 13. Januar 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1905.*

Demonstration mikroskopischer Präparate. Therapeutisch empfiehlt I. Einträufelung von Adrenalin, eventuell Scarificationen.

HANSZEL-CHIARI.

80) **J. C. Henkes** (Amsterdam). **Ein Fall von Keratosis laryngis circumscripta. (Een geval van keratosis laryngis circumscripta.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 2. 1905.*

Die 13jährige Patientin ist seit dem 6. Jahre heiser gewesen und jetzt fast vollständig aphonisch. Sonst keine Beschwerden; kein Husten. Laryngoskopisch, ausser geringgradiger Schwellung der Taschenbänder, auf beiden Stimmbändern breit aufsitzende, leicht gelbröthliche, harte, bei der Phonation von beiden Seiten in einander greifende Wucherungen. Aetiologisch dürfte von Interesse sein, dass Pat. seit dem 2. Lebensjahre an Psoriasis universalis inveterata leidet. H. betont die Analogie zwischem dem chronischen Hautleiden und der Stimmbandaffection.

H. BURGER.

81) **Franz Nowotny** (Krakau). **Beitrag zur Pachydermia laryngis.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 5. 1905.*

Bericht über 2 Fälle von ausgedehnter Pachydermia verrucosa laryngis. Der erste Fall wurde durch intralaryngeale Operation geheilt, der zweite — suspect für Carcinom — wurde nach vorheriger Cricotracheotomie und grösstentheils endolaryngealer Entfernung, da erneute Recidive auftraten, mittelst Laryngofissur, die eine Reihe von Complicationen ergab, radical operirt und blieb bis jetzt — etwa 2 Jahre — recidivfrei.

HECHT.

82) **A. Lewy** (Frankfurt a. O.). **Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Larynxtuberculose und Gravidität.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 114.*

Verf. berichtet über 3 Fälle und stellt fest, dass jetzt im Ganzen 71 Fälle von Larynxtuberculose und Gravidität publicirt sind, in denen mindestens 57 Frauen und 27 Kinder, wahrscheinlich aber noch weit mehr starben. Er entnimmt daraus die Mahnung: mit allen Mitteln bemüht zu sein, die Prophylaxe zu verbessern und das mütterliche Leben durch künstlichen Abort zu retten. F. KLEMPERER.

83) **Henrici** (Rostock). **Ueber den Heilwerth der Tracheotomie bei der Kehlkopftuberculose, insbesondere der Kinder und der Schwangeren.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 323.*

Verf. berichtet über 4 auf der Körner'schen Klinik beobachtete Fälle, in denen die Tracheotomie einen ausserordentlich günstigen Einfluss ausübte. In 3 Fällen handelte es sich um Kinder mit geringer oder fehlender Lungenerkrankung und schwerer Kehlkopfaffection; im Anschluss an den Luftröhrenschnitt trat ein vollkommener Rückgang der Kehlkopftuberculose ein, welcher nur auf die Tracheotomie selbst zurückgeführt werden konnte. Im 4. Falle, der eine Gravida im 8. Monat betraf, bestand neben schwerer Kehlkopftuberculose weit vorgeschrittene Lungenschwindsucht; die Tracheotomie, die zur Abwendung drohender Lebensgefahr gemacht wurde, wirkte auf den Allgemeinzustand der Kranken entschieden günstig ein und erleichterte ihr die letzten Tage. Die curative Wirkung der Tracheotomie beruht hauptsächlich auf der Ruhigstellung des Kehlkopfes.

F. KLEMPERER.

84) **Charles Graef. Ein Gedanke, um das Anwärmen des Kehlkopfspiegels zu vermeiden. (A plan to avoid heating the mirror of the laryngoscope.)** *The Laryngoscope. Juni 1905.*

Verf. räth, den Spiegel mit Lysollösung abzureiben. EMIL MAYER

85) **Th. E. ter Kuile** (Enschede). **Endolaryngoskopie mittels zweier Kehlkopfspiegel. (Endolaryngoscopie door middol van twee keelspiegels.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 2. 1905.*

Für die Besichtigung der hinteren Larynxwand hat Verf. einen kleinen, mit passend gekrümmtem Stiele versehenen Spiegel construirt, welcher nach Cocainisirung mit nach hinten gewendeter Spiegelfläche in den Kehlkopf eingeführt wird. Das mit diesem Hinterwandspiegelchen gewonnene Bild wird nur mit dem gewöhnlichen Kehlkopfspiegel beobachtet. Eine Umkehrung des Spiegelbildes findet bei dieser Untersuchung nicht statt.

Der Spiegel ist von H. Pfau, Dorotheenstrasse 67, Berlin NW., angefertigt worden. H. BURGER.

86) **Garcia Tapia** (Madrid). **Laryngometer. (Laringómetro.)** *Revist. de Especialid. Médic. 15. Juli 1904.*

Nähere Beschreibung eines vom Verf. erdachten Apparates zur Messung der Glottis und ihrer Länge. Der Apparat hat, wie Verf. selbst meint, wenig practischen, mehr wissenschaftlichen Werth. R. BOTEY.

f. Schilddrüse.

87) **Sehrt** (Freiburg i. B.). **Ueber Knochenbildung in Strumen.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 13. 1905.*

Von 28 Strumen, welche in 3 Monaten in der Freiburger Klinik operirt wurden, wiesen unter 14 mit mehr oder weniger ausgedehnten Verkalkungen versehenen Kröpfen 5 echte, zum Theil recht ansehnliche Knochenherde mit Osteoblasten und Knochenmark auf.

SEIFERT.

88) **R. Stegmann** (Wien). **Die Behandlung der Struma mit Röntgenstrahlen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1905.*

Bericht über zwei einschlägige Fälle: In dem ersten Falle wurde anlässlich der Röntgenbestrahlung verschiedener taubeneigrosser Carcinom-Metastasen in der Supraclaviculargrube der linke Lappen einer nebenbei bestehenden Struma mit bestrahlt. Nach sechs Bestrahlungen waren die Carcinom-Metastasen nicht mehr zu fühlen, der linke Strumalappen um $^1/_4$ seiner Grösse verkleinert. Bei dem zweiten Fall zeigte nach zwei Bestrahlungen von je 18 Minuten Dauer die grosse Struma eine bedeutende Rückbildung; der Halsumfang ergab einen Rückgang von fast 4 cm.

HECHT.

89) **Swerewa-Imelkowa. 22 Strumectomien; ausgeführt im Semstwo-Krankenhause im Tichwin'schen Kreise in den Jahren 1900—1904. (22 stomectomin, sdelannija ed uesdnoi semskoi bolnize tichw. uesda w 1900—1904.)** *Prakt. Wratsch. No. 6—9. 1905.*

Alle Operationen wurden von der Landschaftsärztin unter der Assistenz eines Feldscheers und einer Hebamme ausgeführt. Alle verliefen günstig trotz der sehr ärmlichen Ausstattung.

P. HELLAT.

90) **P. Franzow. Zwei Fälle von Myxoedema. (Dwa slut. miksedemi.)** *Detskaja Med. No. 1. 1903.*

Bei diesen zwei Fällen verdient in ätiologischer Hinsicht hervorgehoben zu werden, dass in einem Falle der Vater geisteskrank und Alkoholiker, im anderen Falle wahrscheinlich ein Luetiker war.

P. HELLAT.

g. Oesophagus.

91) **Glücksmann** (Berlin). **Ziele, Fortschritte und Bedeutung der Oesophagoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1904.*

Darstellung des gegenwärtigen Standes der Oesophagoskopie. Verf. stellt die Forderung auf, alle von plötzlichem Verfall begleiteten, unklar dyspeptischen Symptomencomplexe, auch wenn sie nicht von Schlingstörungen begleitet sind, auf ein Carcinom nicht nur des Rectums zu beargwöhnen und zu untersuchen, sondern auch auf ein Carcinom der Speiseröhre. Verf. hat ein eigenes Oesophagoskop construirt nach dem Typus der Knopfsonde. Der Anfangstheil ist von der Stärke des bisherigen Tubus, aber umgeben von einem durch Wasser aufblähbaren

Ringkissen, wodurch ermöglicht wird, dass durch Ausdehnen des betreffenden Binnenraumes des Oesophagus, wo der Anfangstheil des Apparates liegt, eine grosse Höhle und damit ein bedeutend grösseres Gesichtsfeld als bisher hergestellt wird. Mehrere Bilder solcher Oesophagushöhlen, wie sie durch den Apparat gesehen werden können, sind beigegeben. Der 45 cm lange Halstheil des Apparates ist bedeutend schmäler als der bisher benutzte Tubus. Das Auge des Beobachters blickt durch einen optischen Apparat, wie beim Cystoskop.

ALBANUS (ZARNIKO).

92) **Harmer** (Wien). **Beitrag zur Oesophagoskopie der gutartigen Oesophagusgeschwülste.** *Wiener klin. Rundschau. No. 4. 1905.*

Eine 53jährige Frau bemerkte seit etwa 4 Jahren Behinderung beim Schluckact insofern, als sie sehr gut kauen konnte, aber langsam essen musste. Mittelst Oesophagoskopie sah H. unterhalb der Ringkorpelenge einen gestielten, glatten, kirschgrossen Tumor von transparenter Oberfläche, der bei der leisesten Berührung blutete, weswegen ein weiterer Eingriff verschoben werden musste. Unterdessen war der Tumor offenbar durch Nekrose des dünnen Stieles verschwunden. Es handelte sich wahrscheinlich um ein Fibrom.

CHIARI.

93) **A. J. Winkel** (Koevorden). **Oesophagismus bei einem Pferde. (Oesophagismus bij een paard.)** *Tijdschr. v. Veeartsenijk. Bd. XXXII. No. 2. November 1904.*

Beim Fressen wurde das Pferd plötzlich beklemmt, ängstlich und machte mit gestrecktem Halse offenbar schmerzhafte Brechbewegungen. Am Halse war die Speiseröhre als harter, dicker Strang zu fühlen. Pulsverlangsamung. Diagnose: Reizung im Gebiete des N. vagus. Therapie am nächsten Morgen: Brometum ammoniacum alle 2 Stunden 10 g. Nach 6 Stunden war der Spasmus verschwunden und die Herzaction wieder normal.

H. BURGER.

94) **Alb. Reizenstein** (Nürnberg.) **Ueber die Dilatation cicatricieller Stenosen der Speiseröhre durch das Oesophagoskop.** *München. med. Wochenschrift. No. 12. 1905.*

Nach Besprechung der Literatur und Technik, sowie Bericht über zwei einschlägige Fälle kommt Autor zu folgendem Resumé: „Wenn Narbenstenosen der Speiseröhre auf gewöhnliche Weise nicht entrirbar sind, soll, bevor man sich zu einem operativen Vorgehen entschliesst versucht werden, ob die Stenose durch das Oesophagoskop nicht doch noch passirt werden kann, und wenn dies der Fall ist, soll man die Dilatation durch Laminariastifte, ausgezogene Gummidrainsonden oder biegsame Metallsonden zu erreichen suchen. Misslingt dies, so mache man nach vorausgegangener Gastrostomie die Sondirung ohne Ende nach v. Hacker. Erfordert der Kräftezustand sofortige Ernährung, so ist die Gastrostomie ohne Zögern sofort zu machen. Gelingt es nach der Gastrostomie nicht, eine Darmsaite oder Kügelchen durch die Stenose zu bringen, so ist als weitere Operation die Oesophagotomia externa, bezw. combinirte Oesophagotomie indicirt."

HECHT.

95) **C. D. Spivak. Gutartige Stricturen des Oesophagus. (Benign strictures of the esophagus.)** *American Medicine. 6. Mai 1905.*

Verf. theilt die gutartigen Stricturen in angeborene oder erworbene. Letztere zerfallen in organische (nach Einwirkung von Aetzmitteln, nach Heilung von Oesophagusgeschwüren und Lues) und mechanische (Fremdkörper, Polypen und Druck von aussen durch Tumoren, Drüsen, Aortenaneurysmen, perioesophagealen Abscess und Divertikelbildung); die dritte Form der Strictur ist die spastische. Am häufigsten sind die Narbenstricturen infolge Aetzwirkung.

Was das Schlucken anbetrifft, so folgt auf die erste Periode, die der Oesophagitis, in der das Schlucken unmöglich ist, die zweite mehrere Monate andauernde, in der die Deglutition unbehindert ist. Darauf folgt eine Periode, in der das Schlucken wieder anfängt, erschwert zu werden — die Periode der Stenose. Während der Entzündungsperiode empfiehlt sich Ruhe, alkalische oder säuerliche Flüssigkeiten, je nach der Art des Giftes, Eis auf das Sternum. Frühzeitig sollte graduelle Dilatation angewandt werden. Metallsonden sollten vermieden werden. Bericht über drei Fälle.

EMIL MAYER.

96) **J. A. Scott. Ein Fall von Speiseröhrenkrebs, der ein Aortenaneurysma vortäuscht. (A case of cancer of the esophagus simulating aneurism.)** *Univ. Pennsilv. Med. Bulletin. December 1904.*

Im Anschluss an einen Fall wird die Differentialdiagnose zwischen Aneurysma, Oesophaguscarcinom und Mediastinaltumor besprochen.

EMIL MAYER.

97) **Carlotti. Durchbruch eines Speiseröhrenkrebses. (Cancer oesophagien rompu.)** *Société anatomique. 2. December 1904.*

Das Carcinom war in einen Bronchus durchgebrochen.

PAUL RAUGÉ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Theodor Heryng. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Kehlkopfkrankheiten.** Julius Springer. Berlin 1905.

Ein vortreffliches Buch! Durch seine anregende und eigenartige Form nicht weniger wirksam, wie durch die Reichhaltigkeit und Uebersichtlichkeit seines Inhaltes. Mit weitem Blick ist alles zusammengetragen, was bei der Untersuchung und Behandlung des Kehlkopfes nur irgend wie in Frage kommen kann: das ganze endolaryngeale Instrumentarium in reiner historischer Entwickelung, alle Formen und Arten von Lampen, alle Batterien und Accumulatoren für Beleuchtung, Galvanokaustik und Electrolyse, alle Apparate zur Massage, zur Inhalation, zur Tracheo- und Bronchoskopie, daneben beherzigenswerthe Rathschläge für die Hygiene und Diätetik der Kehlkopfkrankheiten, wobei Kleidung, Wohnung, Sport, Bäder und klimatische Curorte, Tabak und Alcohol in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen des Kehlkopfes geschickt gewürdigt werden. Auf Grund eigener Untersuchungen und an der Hand instructiver Abbildungen bespricht der Verf. die Wirkung derjenigen Medicamente, die durch Einspritzung, Einblasung oder In-

halation in die Luftwege gebracht werden. Eine eingehende Erörterung erfahren auch die verschiedenartigen endolaryngealen Operationsmethoden mit allem, was dazu gehört: Narkose, Desinfection, Nachbehandlung u. s. w.

Natürlich wird nicht jede Methode, die Heryng empfiehlt, von jedem Autor bedingungslos anerkannt werden: so dürfte die Gefolgschaft derer, die eine electrolytische Behandlung bei gewissen Formen der Larynxtuberculose ausüben, m. E. nicht sehr gross sein, auch über den Effect der endolaryngealen Massage und der Inhalationstherapie dürften die Meinungen getheilt sein, ja manch einer dürfte sich sogar bei der Concurrenz zwischen Pfeife, Cigarre und Cigarette gegen Heryng und gegen die Cigarette entscheiden, obgleich gewiss anzuerkennen ist, dass die persönliche Erfahrung unseres Autors auf diesem Gebiet kaum übertroffen werden kann — aber das sind alles Fragen persönlichen Geschmacks, und die andere Meinung braucht noch lange nicht die richtige zu sein.

Ein wirklicher Mangel an dem Heryng'schen Buche ist es dagegen, dass das Sach- und Autorenregister fehlt. Das erschwert den Gebrauch eines derartigen Buches ungemein, zumal da das Inhaltsverzeichniss nicht einmal ganz durchgeführt ist und die verschiedenen, 36 Krankheiten umfassenden Anhänge ganz unberücksichtigt lässt. Sonst aber hat sich Heryng mit ausserordentlichem Geschick seiner Aufgabe entledigt und das den Herren von Leyden und von Mikulicz gewidmete Buch wird nicht nur dem Anfänger dienlich sein, sondern, wie ich Herrn Heryng aus eigener Erfahrung versichern kann, auch dem Erfahrenen durch manchen guten Rath und durch manche Anregung fördern.

A. Kuttner-Berlin.

b) Starck. Die directe Besichtigung der Speiseröhre. Oesophagoskopie. A. Stuber's Verlag. Würzburg 1905.

Da die Kunst des Oesophagoskopirens in Cursen vorläufig noch nicht oder nur in sehr beschränktem Maasse gelehrt wird, versuchte der Verf. durch das vorliegende Werk diese Lücke so viel als möglich auszufüllen. Er hofft auf diese Weise, der jungen Disciplin neue Anhänger zu gewinnen.

Nach einer Darstellung der geschichtlichen Entwickelung der Oesophagoskopie wird das Instrumentarium und die Technik der Untersuchung mit grosser Sorgfalt und Anschaulichkeit geschildert. St. bevorzugt das alte, starre Rohr von v. Mikulicz und die Kuttner-Kirstein'sche Stirnlampe als Lichtquelle. Die Untersuchung nimmt er gewöhnlich in der Rücken- oder in der Seitenlage vor, nur selten lässt er den Patienten eine sitzende Stellung einnehmen. Er ist mit v. Mikulicz und im Gegensatz zu Kirstein der Meinung, dass die Oesophagoskopie bei jedem normal gebauten, erwachsenen Menschen gelingen muss, wenn nicht ganz besondere Hindernisse vorliegen, z. B. sehr kurzer, dicker Hals, stark entwickelter Oberkiefer mit grossen Zähnen. 62 gut colorirte, instructive Bilder vermitteln dem Anfänger die Deutung der oesophagoskopischen Bilder. Weit weniger ergiebig als für die Diagnose hat sich aber bisher die Oesophagoskopie für die Therapie erwiesen. Die Anregungen, die sie hier gegeben hat, sind leider immer noch mehr als bescheiden — und das dürfte wohl hauptsächlich schuld sein an der Gleichgiltigkeit weiterer Kreise, über die Verf. sich beklagt. Und das wird,

fürchte ich, kaum anders werden, so lange die Oesophagoskopie ihre Errungenschaften auf dem Gebiet theoretischer Erkenntniss nicht in greifbar practische, das heisst therapeutische Erfolge umsetzen kann. A. Kuttner-Berlin.

c) Huberts de Witt. Methodisches Kommandiren auch als Mittel zur Kräftigung der Stimme. Mit einem Vorwort von W. Posthumus Meyjes. Amsterdam-Leipzig 1904. S. L. van Lovy.

Eine kurze und practische, von einem Officier geschriebene und für den Gebrauch von Officieren bestimmte Anleitung zum Commandiren. Das Büchlein ist klar und verständlich geschrieben und in seinen practischen Rathschlägen so beherzigenswerth, dass es gewiss seinen Zwecken entsprechen wird.

A. Kuttner-Berlin.

---

d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Januar 1905.

Generalversammlung.

Wahl der Vorstandsmitglieder: Vorsitzender: Charters J. Symonds; stellvertretende Vorsitzende: Wm. Milligan, F. Willcocks, J. B. Ball, Hill; Schatzmeister: H. B. Robinson; Bibliothekar: St. Clair Thomson; Schriftführer: P. de Santi, H. J. Davis; Ehrenrath: L. Pegler, J. Walter Downie, F. M'Bride, W. R. H. Stewart, Sir Felix Semon, Furniss Potter.

Die Versammlung nimmt wiederum einstimmig die Resolution vom 7. Februar 1900 an, dass bei allen Internationalen Congressen eine volle selbstständige Section für Laryngologie gebildet und eine Combination mit der otologischen Section vermieden werden soll. Ein in diesem Sinne vorgeschlagener und von Sir Felix Semon und de Havilland Hall unterstützter Antrag wurde angenommen und das Bedauern darüber ausgedrückt, dass man versucht habe, der Laryngologie bei dem nächsten internationalen Congress in Lissabon eine untergeordnete Stellung anzuweisen.

Ordentliche Sitzung.

Vorsitzender: Charters Symonds.

St. Clair Thomson: 1. Epitheliom des Kehlkopfs. Thyreotomie. Kein Recidiv 5 Monate nach der Operation.

Pat., ein 49 jähriger Mann, hatte im Jahre 1893 auf Tuberculininjection in ausgesprochener Weise reagirt. Er litt damals an Lungentuberculose, wovon nur eine leichte Dämpfung über den Spitzen zurückgeblieben ist. Später Monate lang Heiserkeit. Th. fand einen Tumor des linken Stimmbandes, den er als Carcinom diagnosticirte. Juli 1904 Thyreotomie. Zwei Wochen nach der Operation sah man bereits ein neues aus Narbengewebe gebildetes Stimmband.

2. Tracheotomie wegen Larynxstenose ungewissen Ursprungs bei einem Kinde. Erhebliche Besserung.

Es handelte sich um einen 14 jährigen Knaben mit starker Einziehung des

Brustkorbes. Man sah die ganze Kehlkopfschleimhaut infiltrirt und mit kleinen Knötchen durchsetzt. Das Bild glich dem der Tuberculose. Eine ähnliche schmerzlose Infiltration bestand im Rachen. Die Stimmlippen waren in der Mittellinie fixirt; zwischen ihnen bestand nur noch ein schmaler Spalt. Nach Tracheotomie trat erhebliche Besserung ein; die Stimmbänder wurden wieder etwas beweglich. Th. neigt am meisten zu der Annahme, dass Lupus vorliege.

De Santi: Entzündliches Oedem der Aryknorpelgegend.

Bei der 35 jährigen Patientin bestand ein entzündliches Oedem der linken Aryknorpelgegend, die sich längs der ary-epiglottischen Falte bis zum Ringknorpel erstreckte und mit schleimig-eitrigem Secret bedeckt war. Larynx sonst normal. Keine Anzeichen von Tuberculose oder Syphilis. Man kann an eine maligne Neubildung denken.

Watson Williams, M. Spencer, Fitz Gerald Powell und St. Clair Thomson discutiren die Diagnose.

Sir Felix Semon räth zur mikroskopischen Untersuchung eines entnommenen Stückchens.

Herbert Tilley: Fall von Verlegung der Trachea ungewisser Entstehung und Natur.

Es handelte sich um einen 28 jährigen Mann, bei dem wahrscheinlich vor 6 Jahren syphilitische Infection stattgefunden hatte und der über zunehmende Athemnoth klagte. Bei der Untersuchung fand man in Höhe des 5. Trachealrings ein röthliches Diaphragma mit excentrischer Oeffnung vom Durchmesser eines gewöhnlichen Bleistifts. Unter einer Inunctionscur trat leichte Besserung ein. Gegenwärtig ist das Diaphragma nicht mehr zu sehen.

Parker war bei einer früheren Untersuchung des Patienten sein fötider Athem aufgefallen und eine leichte rothe, ödematöse Hervorragung am linken Sterno-Claviculargelenk. Er hatte angenommen, dass die Stenose durch eine geschwollene Bronchialdrüse verursacht würde.

Scanes Spicer, Baber, Powell, Law und Sir Felix Semon discutiren die Diagnose und stimmen im Wesentlichen in der Annahme von Syphilis überein.

Sir Felix Semon: 1. Pharyngealer und laryngealer Nystagmus in einem Fall von (?) Ponsgeschwulst.

Der 27 jährige Patient hat vor 8 Jahren einen Schlag auf den Kopf erhalten. In der Anamnese keine Syphilis. Seine Erkrankung begann vor zwei Jahren plötzlich mit einer Ablenkung der Augen nach links; es folgten paretische Erscheinungen im Gesicht und den oberen Extremitäten. In der Folge traten mehrere Male kleine apoplectische Insulte mit unvollkommener Lähmung der linken Seite und der rechten Gesichtshälfte auf. Im December 1904 konnte man folgenden Befund im Pharynx erheben: Unregelmässige, in verticaler Richtung verlaufende Spasmen des Gaumensegels und der Uvula, ungefähr 25 mal in 10 Secunden. Gleichzeitig wird die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand in schräger Richtung nach oben

und rechts gezogen in einem mit den Contractionen der Uvula identischen Rhythmus. Auf der Zunge sieht man bisweilen fibrilläre Zuckungen. Der Larynx nimmt mit Ausnahme der Epiglottis an den rhythmischen Bewegungen Theil; ausserdem zeigen Stimmbänder und Aryknorpel eine von der Athmung unabhängige Adductions- und Abductionsbewegung.

Pegler berichtet über ähnliche Fälle.

Tilley hat einen ähnlichen Fall beobachtet, der an allgemeiner Paralyse zu Grunde ging.

Spencer glaubt, dass auch in diesem Falle allgemeine Paralyse vorliege und dass bereits das Vaguscentrum mit in Mitleidenschaft gezogen sei (Puls 120).

Thomson weist auf die Arbeit von Lack im Laryngoscop über derartige Fälle hin.

2. Fall von Epitheliom des rechten Stimmbandes und seiner Nachbarschaft bei einem 50jährigen Mann.

Bei dem 50 jährigen Patienten wurde zuerst November 1904 ein die vorderen $^3/_4$ des rechten Stimmbandes einnehmender Tumor entdeckt; das rechte Stimmband war fast unbeweglich. Keine Drüsenschwellung. Eine einige Monate vorher in Paris vorgenommene mikroskopische Untersuchung hatte eine gutartige Beschaffenheit desselben ergeben, jedoch stellten sich so charakteristische klinische Symptome der Malignität ein, dass S. die Thyreotomie vornahm und den Tumor — nach der Operation mikroskopisch bestätigte — mit seiner Umgebung entfernte.. Obwohl ein oberflächlicher Abscess im unteren Wundwinkel die Heilung etwas verzögerte, war der weitere Heilungsverlauf ein ganz normaler. Der Fall beweist, wie zweifelhaft der Werth der mikroskopischen Probeuntersuchung ist.

Fitz Gerald Powel: Epitheliom des Gaumens, der Mandel, der Zunge und Wange.

Patient war ein 40jähriger Mann. Die Geschwulst war von der Zungenbasis ausgegangen, hatte sich von dort auf die Tonsille, Gaumensegel und linke Wange ausgebreitet, ohne grossen Schmerz zu verursachen. Mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom.

Westmacott hat in derartigen Fällen die X-Strahlen versucht. In zwei Fällen hat er danach nur rapides Wachsthum des Tumors und Auftreten von Drüsenschwellungen gesehen.

Sir Felix Semon hat von der Anwendung der X-Strahlen bei bösartigen Leiden der Mund- und Rachenhöhle höchstens zweifelhafte Erfolge gesehen, bei bösartgen Kehlkopfgeschwülsten keine.

Smurthwaite demonstrirt treffliche Oelbilder von verschiedenen Kehlkopfkrankheiten.

Paterson zeigt eine Kehlkopfzange für directe Laryngoskopie.

Er hat das Instrument besonders für die Entfernung von Papillomen durch den Röhrenspatel geeignet gefunden. Es gelang leicht, auch aus der vorderen Commissur die Geschwülste zu entfernen.

Westmacott: Uleration des Gaumensegels (zur Diagnosenstellung).

Die Geschwürsbildung begann Januar 1903. Damals wurde die linke Tonsille, die man für tuberculös hielt, entfernt; drei Monate später erschien im oberen Theil der Fossa supratonsillaris eine Ulceration, die sich über das Gaumensegel ausbreitete und stellenweise wie Lupus aussah. Syphilis geleugnet. Impfung auf Tauben gaben negatives Resultat. Galvanokaustische Aetzung und Milchsäureapplication brachten vorübergehende Besserung. Keine Lungenaffection; keine Tuberkelbacillen. Allgemeiner Gesundheitszustand gut.

Spencer macht auf Experimente Dr. Luiquard's aufmerksam, bei denen bei Impfungen von Lupus und Drüsentuberculose auf Tauben sich die Krankheit erst 12 Monate nach der Impfung entwickelte.

Watson Williams räth znr Tuberculinprobe.

Pegler, Powell, St. Clair Thomson und Sir Felix Semon betheiligen sich an der Debatte.

Parker: Verdickung der Aussenflächen des Schildknorpels und beiderseitige Infiltration des Septum cartilagineum nasi.

Es handelt sich wahrscheinlich um tertiäre Lues.

Sir Felix Semon: Entzündliches Oedem unbekannten Ursprungs in den hinteren Abschnitten des Kehlkopfs bei einem 47jährigen Mann.

Patient hat seit 2—3 Monaten Schluckbeschwerden, besonders auf der rechten Seite. Vor 25 Jahren specifische Infection, aber nie secundäre Erscheinungen. Das Oedem hat seinen Sitz besonders an den Aryknorpeln und der Regio interarytaenoidea; Stimmbänder frei. Keine Drüsen.

Man muss an eine syphilitische oder tuberculöse Perichondritis mit septischer Infection denken; doch fehlen alle Bedingungen für eine exacte Diagnose.

Tilley hält den Fall für Syphilis.

Spencer glaubt, dass unter der Infiltration ein Ulcus sitzt.

E. B. Waggett.

---

e) Jahresversammlung der Belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft

zu Lüttich am 17. u. 18. Juni 1905.

Vorsitzender: Delsaux.

Sitzung vom 17. Juni,

im Locale der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von Lüttich.

Der Vorsitzende, welcher durch seine besonderen Verdienste um die jüngere Belgische Schule, wie kein Anderer dazu berufen war, in diesem Jahre gelegentlich des 75jährigen Jubiläums der Gründung des Belgischen Staates, den Vorsitz in der Belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft zu führen, giebt in seiner Er-

öffnungsrede einen Ueberblick über die Fortschritte und Leistungen der Gesellschaft, welche ihr einen ehrenhaften Rang unter den anderen Nationen einräumen.

Er gedenkt der im verflossenen Jahre dahingeschiedenen Mitglieder: De Greifft's aus Antwerpen und Prof. A. Guye's aus Amsterdam.

I. Vorzeigen mikroskopischer Präparate.

Schiffers (Lüttich) legt mikroskopische Präparate vor:

1. Von einem Epitheliom des Zäpfchens, dessen Entfernung von mehreren Recidiven gefolgt war und das schliesslich durch Kachexie letal endete. Sch. empfiehlt angelegentlichst die Entfernung der relativ häufigen Zäpfchenpapillome, um deren Transformation in bösartige Tumoren in Folge der beständigen mechanischen Reizung und individuellen Prädisposition zu verhüten;

2. vom Bacillus fasciculatus einer Pharyngomykose;

3. von einem Kehlkopfpapillom, welches unterhalb der Glottis sass und auf endolaryngealem Wege entfernt ward. Die histologische Untersuchung erwies, trotzdem ein Zweifel vorlag, die papillomatöse Natur der Geschwulst.

Heyninx (Brüssel) zeigt einen myxo-sarkomatösen Tracheal-Polypen vor, welcher der Trachea eines 41 jährigen Mannes 25 mm unterhalb der Stimmbänder aufsass und mit der Glühschlinge auf endolaryngealem Wege entfernt wurde. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab einen myxo-sarkomatösen Polypen.

Ferner ein Perlepitheliom der Nasenspitze von einer 75 jährigen Frau, welche seit 8 Monaten eine „Ulceratio vegetans“ mit progressiver Entwickelung der mittleren Partie der Nasenspitze darbot. Excision mit Cocainanästhesie und Vereinigung der Wundränder vermittelst der Michel'schen Wundklammern. Die histologische Untersuchung ergab ein Perlepitheliom.

II. Vorzeigen anatomischer Präparate.

Schiffers zeigt das Stirnbein eines 4 jährigen Jungen vor, welcher einer Meningitis in Folge einer eitrigen, wahrscheinlich von Influenza herrührenden Stirnhöhlen-Eiterung erlegen war. Der Fall kam zur gerichtsärztlichen Begutachtung, da Patient so zu sagen ohne ärztliche Hilfe geblieben und nur die letzten 4 Tage seines Lebens unter den Händen eines Kurpfuschers sich befunden hatte. Die mikroskopische Untersuchung des Sinus- und Gehirneiters ergab Staphylokokken in Reincultur.

Schiffers: Verbrennungen des Oesophagus und des Magens. Präparat.

Der Kranke hatte aus Versehen eine Lösung von Kali caustic. verschluckt, in Folge dessen eine $1^1/_2$ cm breite Verbrühung des oberen Theils des Oesophagus und des übrigen Theils desselben in einer Ausdehnung von 15 cm; ferner Verbrennungen im Bereiche der Cardia und des Pylorus. Der Mund und Pharynx des Kranken blieben unversehrt. Der Unfall fand vor 4 Wochen statt, aber erst seit 2 Tagen ist die Deglutition von Flüssigkeit in Folge der Narbencontraction unmöglich geworden. Die Gastrotomie schien indicirt, als Sch., um sich Rechenschaft

über die Oesophagusweite im Bereiche der Stenose zu verschaffen, mit Vorsicht eine Bougie in den Oesophagus einführte; diese schien leicht durchzugehen, drang aber in Wirklichkeit in das perioesophageale Gewebe. Kein Symptom begleitete diese Perforation; der Patient verschluckte ein Glas Wasser ohne Beschwerden mit Ausnahme einer gewissen Unbehaglichkeit in der Gegend der Magengrube. Rasch erfolgender Tod in Folge von Infection. Sch. fragt sich, ob ein Ueberleben so ausgedehnter und tiefgreifender Verletzungen möglich wäre.

De Stella (Genf) hält den Katheterismus des Oesophagus bei solchen Fällen für sehr gefährlich, bei welchen vielmehr eine sofortige Gastrotomie indicirt sei. Sch. erwidert, dass er dem Kranken die Gastrotomie vorgeschlagen, dass sich ihm aber der Katheterismus behufs Feststellung einer präcisen Diagnose aufgedrängt habe, ausserdem habe er schon verschiedene Kranke mit Verbrennungen des Oesophagus behandelt und dabei, wenn die Stenose nicht zu eng war, mit der progressiven Dilatation ausgezeichnete Resultate erzielt.

Delsaux (Brüssel) hat vor einiger Zeit ein Kind behandelt, welches Kalilauge verschluckt hatte. Eine Zeit lang gelang das Sondiren, aber trotzdem nahm die Stenose immer mehr zu und er war genöthigt, die Gastrotomie vorzunehmen. 6 Wochen nach der Operation liess man die Kranke Bismuth subnitr. verschlucken und nahm die Radiographie vor. Der Versuch erwies, dass eine fadendünne Communication zwischen Mund und Magen bestand. — Bei derartigen Fällen empfiehlt Gluck folgende Operation: er macht die Gastrotomie, dann 10—15 Tage später die Oesophagotomia externa, führt dann eine Caoutschoukröhre in den Mund ein und an der Oesophagusöffnung wieder heraus und bringt sie dann andererseits mit dem Magen in Verbindung. Resultat ausgezeichnet.

Duchesne (Lüttich) wundert sich, dass in dem von Schiffers citirten Fall der Kranke ein Glas Wasser verschlucken konnte.

Schiffers: Die Sache lässt sich leicht erklären, wenn man berücksichtigt, dass der Katheterismus nur eine leichte Erosion hervorgebracht hatte, immerhin gross genug für das Zustandekommen einer Infection.

Cheval erwähnt einen Fall von einem voluminösen Aneurysma der Aorta, den er in Behandlung hatte. Der Kranke liess sich darauf von einem Collegen untersuchen, welcher an ihm die Oesophagoskopie vornahm. Während der Vornahme derselben perforirte die Oesophaguswand und hatte einen raschen Tod zur Folge. Cheval glaubt, dass jedes Mal, wenn man gerufen wird, um, sei es zu therapeutischen, sei es zu diagnostischen Zwecken, die Einführung irgend eines Instruments in den Oesophagus vorzunehmen, man immer mit der grössten Vorsicht vorgehen sollte.

III. Vorzeigen von Instrumenten.

Delsaux (Brüssel): Automatisches Amygdalotom von Revolverform; beim Abdrücken wird die Guillotine frei und functionirt.

Heyninx: Amygdalotom für Kinder; einfaches Mattieu'sches Amygdalotom, dessen Ring einen Durchmesser von 15 mm Höhe und 12 mm Breite hat.

Heyninx: Intrabuccaler Contrerespirateur; die biegsame elliptische Silberplatte ist so gebogen, dass sie sich an die Zahnreihe und nicht an das Zahn-

fleisch anlegt; an ihrer Vorderseite befindet sich ein Draht angelöthet, welcher wie ein Band um den Nacken herum gelegt wird. Vortheile: Solidität und Asepsis.

Heyninx: Spritze für Intratracheal-Injectionen, ganz aus Metall gefertigt, mit biegsamer silberner Kanüle.

Delstanche: Neue Maske für Aethyloform, welche die Anästhesirung unter vollständigem Luftabschluss ermöglicht; vermittelst einer speciellen Vorrichtung wird die Ampulle zerbrochen und das Aethyloform durch eine Blasvorrichtung auf eine Compresse geschleudert.

Lenoir (Brüssel) bedient sich ebenfalls des Aethyloforms zur Anästhesie, aber ohne speciellen Apparat.

Buys (Brüssel): Vorrichtung, welche gestattet die Stirnlampe zu gebrauchen, ohne im permanenten Anschluss an die Electricitätsquelle zu bleiben: Schuh, welcher mit zwei durch einen Leitungsdraht verbundenen Leitungsplatten versehen ist, welcher längs des Beins zum Photophor läuft. Um die Lampe zum Glühen zu bringen, genügt es, den Fuss auf eine am Boden angebrachte Anschlussdose zu setzen.

Broeckaert: Neuer Apparat zum Sterilisiren schneidender Instrumente. Das Verfahren besteht darin, dass man flüssiges Paraffin in ein mit einem beweglichen Deckel verschlossenen Metallgefäss bis zum Sieden erwärmt. Nach einer oder zwei Minuten erreicht die Flüssigkeit eine Temperatur von ca. 200°, der Siedepunkt liegt noch bedeutend höher. Um nun ein Instrument, die Schneide eines Messers oder Paracentesennadel zu desinficiren, bestreicht man dieselbe mit einer 50 pCt. reiner Carbolsäure enthaltenden Vaselinsalbe, worauf es genügt, das Instrument einige Sekunden in das auf 200° erwärmte Paraffin zu tauchen, um sofort ein charakteristisches Knistern zu vernehmen, welches durch das Siedendwerden der Carbolsäure, deren Siedepunkt 195° ist, zu Stande kommt. Diese Desinfectionsweise ist die beste Garantie für eine rasche und strenge Asepsis des Operationsmaterials ohne die Schneide der Instrumente zu beeinträchtigen.

Trétrop verweist diesbezüglich auf die vor 2 Jahren von Buys vorgeschlagene Sterilisation schneidender Instrumente durch auf eine hohe Temperatur erhitztes Paraffin, welches den Vortheil darbiete, keinen speciellen Apparat zu benöthigen.

Delsaux (Brüssel): Paraffinspritze; sehr einfaches Modell, ganz aus Metall gefertigt mit reducirtem Volumen, das gestattet, das Paraffin in kaltem Zustande zu verwenden, ohne einen besonderen Druck zu erheischen. Das Instrument bezeichnet ein Zurückkehren zu den ursprünglichen Apparaten. In dem gleichen Etui befinden sich zwei biegsame Nadeln und 6 Reservemetallröhren als Reserve. Alle diese Röhren werden zusammen sterilisirt und sind mit einem besonderen Verschluss versehen. Will man sie in Anwendung bringen, so adaptirt man den geflügelten Ring an der Spritze, schraubt die Nadel an und führt den Stempel ein. Der Apparat tritt dann sofort in Function.

Wenn das Paraffin nicht leicht herauskommt, so genügt es, die Nadel mit der Hand zu erwärmen. Dieses Instrument werde die Verallgemeinerung von Injectionen soliden Paffins zur Behandlung der Ozaena befördern. D. geht auf die Details der

Präparation injicirbaren Paraffins ein, insbesondere auf die Schwierigkeit, den Schmelzpunkt genau festzustellen. Er zeigt, dass es möglich ist, Paraffin unter 52° zum Schmelzen zu bringen, sei es durch Zusatz von flüssigem Paraffin oder weichem Vaselin, sei es durch die Methode fractionirter Destillation.

Broeckaert findet, dass es unvorsichtig sei, sich Paraffins unter 45° zu bedienen, weil man immer mit dem Grade der Ueberheizung zu rechnen habe; unter 45° heruntergehen, heisse sich der Einführung von Paraffin in den Organismus aussetzen, welches schon zum Theil bei einer, der Körpertemperatur bedenklich gleich kommenden Temperatur flüssig werde.

B. ist ebenfalls ein Gegner von Vermischungen von Paraffin und Vaselin oder von Paraffin mit niedrigerem Schmelzpunkte wegen der partiellen Resorptionsfähigkeit dieser Producte. Wenn man die Spritze, wenigstens zur Sommerzeit vor ihrer Anwendung gehörig in heisses Wasser taucht, wie B. zu thun pflegt, dann kann man die Zusammensetzung der Spritze vereinfachen, indem man auf die Schraube am unteren Ende der Spritze eine metallische Ausrüstung mit 2 Ringen anbringt und auf das Stempelende einen 3. Ring aufschraubt. Die ihm zuletzt vom Fabrikanten gelieferten Stäbchen von Paraffin zu 45°, seien gar nicht mehr wie die ursprünglichen, da sie sich in Wirklichkeit bei 41 und 42° verflüssigen, ein Fehler, gegen den B. entschieden protestirt.

Sitzung vom 18. Juni
im „Bayerischen Hospital", Abtheilung von Prof. Schiffers.

Schiffers. Larynxstenose.

2jähriges Kind mit Diphtheritis, bei welchem Sch. successive die Intubation und Tracheotomie vorgenommen hatte; nach fruchtlosen, während einigen Wochen vorgenommenen Versuchen, die Canüle zu entfernen, Thyreotomie mit progressiver Dilatation, worauf nach einigen Wochen die Respiration und Phonation sich wieder herstellte.

Schiffers: Trachealstenose in Säbelscheidenform bei einem jungen Mann infolge von Vergrösserung der Schilddrüsenseitenlappen, geringe ausgesprochene Symptome und schwache Behinderung des Athmens.

Schiffers: Zungenhemiatrophie bei einem 50jährigen Mann seit einer Reihe von Monaten existirend. Keine Läsionen seitens der Lippen, weder des Pharynx, noch endlich des Recurrens; wahrscheinlich liegt eine Bulbärläsion mit langsamem Verlauf vor.

Beco (Lüttich): Fibrosarkom der Nasenhöhlen.

Vergangenes Jahr hatte B. das Gutachten der Mitglieder der Gesellschaft eingeholt über diesen mit einem Fibrosarkom des Nasenrachenraumes behafteten Kranken. Dasselbe schwankte zwischen einfachem Ausreissen und Elektrolyse. B. nahm wiederholt das Ausreissen vor; es gelang ihm jedoch nicht, den Tumor in seinem ganzen Umfange zu entfernen, wegen seiner allseitigen Verzweigung. Er begnügte sich daher mit der Elektrolyse. Dessen ungeachtet wuchs der Tumor weiter unter Vorherrschen des sarkomatösen Elements. Er befragt daher von

Neuem die Gesellschaft und möchte wissen, ob im vorliegenden Falle eine Radicaloperation dem Kranken helfen könnte.

Goris ist der Ansicht, dass die Operation sich zur Zeit noch ohne grosse Gefahr vornehmen lasse, dass aber der daraus resultirende Substanzverlust bedeutend ausfallen dürfte.

Breyre (Lüttich) stellt zwei Kranke vor, von denen der eine an einer rechtsseitigen Stirn- und Kieferhöhleneiterung operirt worden war. In beiden Fällen hatte B. das Killian'sche Verfahren ausgeführt; sehr befriedigende Resultate, unbedeutende Deformation.

Jacques (Nancy) ist der Ansicht, dass man aus ästhetischen Rücksichten bei der Trepanation des Sinus frontalis die obere Sinuswand erhalten sollte.

Heyniux und Houchamps (Brüssel): Perlepitheliom der Nase.

Photographie einer Kranken mit einem Perlepitheliom der Nasenspitze, bei welcher die Excision resultatlos geblieben. Behandlung mit Röntgenstrahlen. Perfecte Heilung nach 5 Sitzungen innerhalb 32 Tagen. 5 Holzknechtstrahlen kamen im Ganzen zur Verwendung.

Delsaux: Radicalcur multipler Gesichtssinusiten.

Kranke, behaftet mit einer Fronto-ethmoido-maxillarsinusitis, wurde in einer einzigen Sitzung auf folgende Weise operirt: Incision, beginnend an der äusseren Hälfte der Augenbrauen, den Nasenflügel umschreibend, bis an die Oberfläche; Abschälen der Weichtheile; Umschlagen der Nase nach aussen; durch die so gewonnene breite Lücke nahm D. successive die Trepanation des kranken Sinus und die vollständige Entfernung des Siebbeins vor und vereinigte darauf die Wundlippen mit den Michel'schen Wundklammern; vollständige Heilung in weniger als 14 Tagen ohne alle Difformität.

Capart jr. (Brüssel): Fall von Larynxstenose.

Kranke mit Trachealöffnungen nach Tracheotomie verschliessen dieselben gewöhnlich mit dem Finger, wenn sie sprechen wollen. Im vorliegenden Fall aber senkt der Kranke das Laryngotrachealrohr und versucht die Oeffnung, welche sich im Niveau des Cricoidknorpels befindet, hinten an das Sternum anzulegen. In anderer Beziehung äussert C. die Meinung, dass man Laryngealstenosen verbessern könne durch die Entfernung eines Aryknorpels und eines Stimmbandes, wie das in der Veterinärchirurgie geübt werde.

Goris (Brüssel): Fall von Larynxexstirpation, ein Jahr her datirend.

Frau mit Epitheliom des Kehlkopfes wurde nach dem Vorgang von Périer-Bardenheuer operirt; bis jetzt noch keine Spur von Recidiv und die Kranke kann sich leicht verständlich machen vermittelst Luftanhäufung im Pharynx. Im Laryngoskop erschien die Läsion sehr geringfügig, dagegen sieht man am Präparat, dass dieselbe schon sehr ausgebreitet war. Es liegt klar zu Tage, dass eine Entfernung auf natürlichen Wege, selbst eine Thyreotomie, unmöglich gewesen wäre.

Goris (Brüssel): Tumoren des oberen Pharynx.

a) Vorzeigen eines fibrösen Nasenrachenpolypen, welcher vor 14 Tagen bei einem 14jährigen Kinde entfernt wurde; der Tumor nahm die linke Nasenseite



ein, passirte die Pterygo-Maxillarspalte und ragte in den Mund hinein. Die Abtragung desselben ging leicht vor sich vermöge der Temporärresection des Oberkiefers.

b) Chondrom der Wirbelsäule. 40jähriger Patient mit einem Tumor von der Grösse eines Taubeneies an dem oberen Theil der Wirbelsäule mit Verdrängung des Pharynx und des Gaumensegels nach vorn. G. machte zuerst die Tracheotomie, incidirte das Gaumensegel und löste den Tumor los, welcher, eingehüllt in eine fibröse Hülse, eine Masse weisser, wie Caviar aussehender Körner in sich barg. Wundnaht. Heilung per primam.

c) Sarkom des Siebbeins. Präventivtracheotomie. Temporärresection der Nase und Exstirpation des Siebbeins mit dem darin inserirten Tumor.

d) Patient mit einem Epitheliom der Wirbelsäule, welches in die Nase vorgedrungen ist. G. machte zuerst die Tracheotomie, dann die Temporärresection des Oberkiefers und exstirpirte das Neoplasma. Perfecte Heilung seit dem 2. Mai d. J.

Laurens (Paris) fragte G., warum er systematisch die Tracheotomie vorausschicke. Er für seinen Theil ziehe vor, in der herabhängenden Lage zu operiren, ohne jene Operation, welche im Grunde genommen, einen Zeitverlust ausmache.

Goris ist der Anschauung, dass die Tracheotomie eine grosse Erleichterung für den Chirurgen bilde, weil sie das Eindringen von Blut in die Respirationswege zu verhindern gestatte, was doch immer die Gefahren der Narkose vermindere und man so die verschiedenen Zeiten der Operation bequem verfolgen könne. Endlich vermeide man noch den Blutandrang, welcher doch in der Regel die herabhängende Lage begleite.

Cheval: Die chirurgische Behandlung des Kehlkopfkrebses.

Nach einer kurzen Auseinandersetzung der verschiedenen Operationsmethoden, welche in Anwendung gebracht werden, um die krebsigen Neubildungen im Kehlkopf zu bekämpfen, giebt der Autor die Gründe an, weshalb er die Totallaryngectomie jeder anderen Operation vorzieht. Diese Intervention, abgesehen davon, dass sie die radicalste sei, gestattet zu gleicher Zeit die Exstirpation der Lymphdrüsenkette, welche unentbehrlich sei. In der That sei es schwer zuzugeben, dass eine Infection sich localisiren, d. h. in einem Organ abschliessen könne, ohne dass die darin erzeugten Toxine die benachbarten Lymphdrüsen inficirten.

Laurens (Paris): Kehlkopfchirurgie.

Die Kehlkopfchirurgie weist Erfolge auf, welche die Operation legitimiren, aber je frühzeitiger diese vorgenommen wird, um so besser werden die Resultate sein. Der Autor citirt die Beobachtung eines, von ihm vor 9 Monaten unter sehr schlechten Bedingungen operirten Kranken. Derselbe war 70 Jahre alt und von einem Kehlkopfkrebs befallen, welcher vor 3 Jahren die Tracheotomie benöthigt hatte. Nach vorausgeschickter Tracheotomie, diesmal oberhalb des mittleren Sternalausschnitts, dissecirte L. den Kehlkopf nach dem Verfahren von Périer,

entfernte darauf das Zungenbein, sowie einen grossen Theil der häutigen Cervicalwand. Der Patient heilte trotz einer Bronchopneumonie. Er hat jetzt eine Recidive der oberen Narbenpartie, aber trotzdem bedeutend an Gewicht zugenommen, sein Humor ist ausgezeichnet und er gehört gewiss nicht unter die Kategorie Kranker, welche Semon als am wenigsten beneidenswerth nennt.

Bei allen blutigen Interventionen, welche der Autor an den oberen Luftwegen ausführt, wendet er die Haematoaspiration an, welche das Eindringen von Blut in die Luftwege verhindert und demgemäss die Pneumonie vermeiden lässt, welche häufig daraus resultirt.

Goris spricht sich dahin aus, dass jeder operable Krebs entfernt werden müsse, das verhindere aber nicht, dass man mit den bisher erzielten Resultaten zu rechnen habe. In Bezug darauf setzt G. die Resultate seiner persönlichen Erfahrungen auseinander. Er erwähnt der schönen Erfolge Gluck's, welche man der trefflichen Technik dieses Operateurs zu Gute schreiben dürfte.

Lombard: Viele Kranke erliegen, wie Goris richtig bemerkt, der Bronchopneumonie; um diese Complication zu vermeiden, hat L. eine Canüle anfertigen lassen, welche unmittelbar nach der Operation eingeführt wird, und welche gestattet, in der Folge den Verband leicht auszuführen und zugleich das Eindringen inficirender Secrete in die Trachea zu verhindern.

Broeckaert bedauert die kurze Ausführung des Berichts von Cheval. Er für seinen Theil könne sich nicht an die Schlüsse des Berichterstatters anschliessen, welcher in absoluter Weise jede andere Intervention ausser der Totallaryngectomie verwerfe. Zur Bestätigung seiner Meinung citirt B. den Fall eines Kranken, welcher ihn vor 3 Jahren consultirt hatte wegen Heiserkeit infolge epitheliomatöser Infiltration des Stimmbandes. Die Diagnose der Affection wurde mikroskopisch festgestellt. Der Autor schlug die Thyrotomie vor, welche refüsirt wurde. Gegenwärtig, nach Verlauf von 3 Jahren hat sich der Zustand des Kehlkopfs kaum verändert, während der Gesammtzustand des Kranken recht zufriedenstellend geblieben ist. Zum Schluss bemerkt B., dass die Laryngectomie eine eingreifendere Operation sei, als die Thyrotomie und dass selbst die Pharyngo-Laryngotomie nur in Ausnahmefällen vorgenommen werden dürfe.

Trétrop glaubt, dass es häufig schwer sei, den Grad der Lymphdrüseninfection zu schätzen. Er citirt den Fall von einer Frau, welche er an einem Nasenepitheliom operirt hatte. Die Kranke hatte ausserdem noch Lymphdrüsen am Halse, welche er nicht berührte; die Heilung ging indessen tadellos von statten und die Lymphdrüsen verschwanden.

Trétrop (Antwerpen): Recurrensparalyse in Folge von Mitralisstenose. Schiffszimmermann, welcher im Verlaufe eines Anfalls von Asystolie aphonisch wurde; bei der laryngoskopischen Untersuchung stand das linke Stimmband unbeweglich in Abductionsstellung. Diese Läsion, welche der Autor der Compression des Nerven des linken Herzohrs zuschreibt, verschwand plötzlich im Verlauf von 10 Tagen durch alleinige Behandlung der Herzaffection.

Cheval fragt T. ob er die Radioskopie an dem Kranken vorgenommen habe. Es scheine ihm in der That schwer anzunehmen, dass eine Mitralis-Insufficienz

Veranlassung gäbe zu einer selbst vorübergehenden Compression des Recurrens angesichts dessen, dass dieser den convexen Theil des Aortenbogens umzieht. Er glaubt vielmehr, dass man an ein beginnendes Aneurysma denken müsse.

Coasemans (Brüssel): Totale Pharynxsynechie specifischer Natur. Operation. Heilung. Vollständige Adhärenz des Gaumensegels an die hintere Pharynxwand, näselnde Stimme und Regurgitation der Flüssigkeiten. C. resecirte die Narbe und löste die Adhärenzen. Um die Neubildung derselben zu verhindern, liess er einen speciellen Katheter anfertigen und lehrte den Kranken sich desselben zu bedienen.

Jauquet hat Kranke gesehen, welche auf gleiche Weise operirt wurden und bei welchen das Resultat nicht anhielt. Er hält den Fall K.'s für zu frisch, um die Ueberzeugung einer definitiven Heilung zulassen zu können.

Trétrop: Ueber den Polymorphismus der schweren tertiären Syphilis mit Mandelläsionen; Fall von vortäuschender Lymphadenie.

Mittheilung zweier Fälle von schwerer Syphilis mit Mandelläsionen; der eine davon primär, der andere consecutiv.

Bei dem einen handelt es sich um eine Frau, deren rechte Mandel gross wie ein Hühnerei, von einem Lymphadenom befallen zu sein schien; da die andere Mandel und die Halsdrüsen in Mitleidenschaft gezogen waren, dachte man an Lymphadenie. Nach mikroskopischer Untersuchung des Blutes konnte T. diese Diagnose ablehnen und die auf tertiäre Syphilis stellen. Schliesslich vereiterten die Lymphdrüsen trotz der eingeleiteten syphilitischen Behandlung und musste der Kranke wegen beunruhigender Blutungen ins Spital internirt werden.

Bei dem anderen Fall handelt es sich um eine primäre Mandelsyphilis, welche von einem Arzte als Typhus behandelt wurde. Der Kranke starb plötzlich.

T. schliesst daraus, dass man immer an Syphilis denken müsse bei Vorhandensein bizarrer Läsionen und unwirksamer Behandlung.

Coasemanns (Brüssel): Fremdkörper des Oesophagus.

Nachmittagssitzung
im Locale der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft von Lüttich.

Delsaux: Die endocraniellen Complicationen der Gesichtssinusitiden.

Nach Angabe der Quellen, aus welchen der Berichterstatter geschöpft, betrachtet er zuerst die Häufigkeit dieser Affectionen in Bezug auf die verschiedenen Nasennebenhöhlen; darauf führt er die hauptsächlichsten Complicationen, wie sie im Innern der Schädelhöhle zu Stande kommen, der Reihe nach an: Extra- und Intra-Duralabscesse, Meningitiden, Gehirnabscesse, Thrombophlebitiden der Blutleiter; sodann geht er über auf die Pathogenese und giebt auf eine ganz ausführliche Weise die Wege an, welche die Eiterungen der Nase und der pneumatischen Gesichtshöhlen nehmen und zwar erstens die Venen und zweitens die der Lymphbahnen. D. erinnert an die Arbeiten von Key und Retzius, an die von Zuckerkandl und an die These von André (Paris), welcher die Lymphgefässe und Venen der Nase

und Nebenhöhlen an mikroskopischen Schnitten studirt hat; sodann betrachtet er die Möglichkeit des Eindringens krankhafter Keime durch Dehiscenzen knöcherner Wege hindurch, wie diese aus Osteitiden und nekrotischen Processen resultiren können. Er erwähnt kurz die Untersuchungen, welche über das Wesen infectiöser Agentien angestellt worden sind und kommt schliesslich zu Schlüssen, welche ein energisches Eintreten bilden zu Gunsten der methodischen Untersuchung der Nase und Nasennebenhöhlen in allen Fällen von Meningitis. Sich stützend auf die Arbeiten von Magunna und anderen Autoren zeigt er die ansehnliche Anzahl von Nasennebenhöhleneiterungen (ca. 30pCt. sind Befunde bei Autopsien, während die Untersuchung der Nase kaum 2 pCt. ergiebt). Endlich geht er an die Frage der Behandlung der verschiedenen Varietäten von Complicationen, welche sich von Seite des Endocraniums darstellen und dringt auf eine prompte und vollständige Intervention vom ersten Auftreten schwerer Erscheinungen an. Wenngleich bislang die Misserfolge noch zahlreich seien, so setzt der Berichterstatter doch das festeste Vertrauen auf die Zukunft der Rhinochirurgie.

Lombard (Paris) zollt dem gediegenen Bericht des Berichterstatters, der die Pathogenese intracranieller Complicationen bei allen Sinusitiden und hauptsächlich der Sinusitis frontalis ins gehörige Licht stelle, seine vollkommene Anerkennung. Er persönlich unterscheide zwei Arten intracranieller Complicationen: Die erste trete spontan auf bei nicht operirten Sinusitiden; die zweite nach der Operation. L. wünscht die Ansicht des Berichterstatters darüber zu erfahren, ob man Frontalsinusitiden aus reiner Furcht vor craniellen Complicationen operiren solle oder ob man diese Besorgnisse in sofern ausser Acht lassen dürfe, dass man nur in gewissen Fällen zur Operation schreite.

Delsaux giebt zu, dass man nicht alle Frontalsinusitiden zu operiren brauche; der Eingriff ergebe sich aus dem Auftreten schwerer Gehirnerscheinungen oder dadurch, dass der Kranke sich durch sein Uebel sehr stark belästigt fühle; jedenfalls müsse in allen Fällen, in denen die Operation als nöthig erachtet werde, diese möglichst radical vorgenommen werden.

Cheval glaubt, dass man eingreifen müsse, wenn Retention im Sinus frontalis bestehe, wenn sich also in Wirklichkeit ein geschlossener Raum gebildet hat. In anderen Fällen, in welchen eine gute Abscessdrainage bestehe, komme uns die Natur zu Hilfe.

Jacques (Nancy) hält es für sehr schwer zu entscheiden, wann Retention bestehe und wann der Träger Gefahr läuft, worauf Cheval erwidert, dass Retention und consequenter Maassen Gefahr für den Patienten vorhanden sei, wenn zu gleicher Zeit Fieber und Schmerzen bestehen.

Jacques ist nicht der Ansicht, dass Schmerz gleich bedeutend mit Retention sei; er hält letztere für schwer diagnosticirbar.

Luc (Paris): Ein Fall von acuter eitriger Staphylokokken-Frontalsinusitis, complicirt mit diffuser Osteomyelitis und Extra- und Intra-Dural-Abscessen.

Heilung nach 3 Eingriffen und ca. 6 monatlicher ununterbrochener Behandlung. 40jähr. Mann, der in Folge von Grippe die Zeichen einer acuten rechtsseitigen

Stirnhöhleneiterung darbot, welche sich in Kurzem mit Zeichen von Retention complicirte. Als L. den Kranken zum ersten Mal zu Gesicht bekam, existirte eine ausgedehnte, ödematöse rechtsseitige Stirn- und Augenlidanschwellung und die violette Hautbedeckung drohte mit Einreissen. L. machte die Killian'sche Operation d'urgence. Die Stirnhöhle war rudimentär. Ganz nach aussen von ihr oberhalb der äusseren Grenze des Orbitalrandes bestand ein subperiostaler Abscess und der Knochen war durchwühlt von einer rareficirenden Osteitis bis zur harten Hirnhaut, welche in Eiter gebadet war in der Ausdehnung von ungefähr Zweifrankstückgrösse. Vereinigung der Wunde bis an den äusseren Theil zum Durchlass einer dicken Drainageröhre. Einige Tage darauf neuer subperiostaler Abscess über dem rechten Stirnhöcker. Eröffnung desselben und Drainage. Ungefähr 1 Monat nach dem 1. Eingriff wird der Eiterherd in grösserer Ausdehnung eröffnet als das erste Mal. L. constatiert, dass die Extra-Duralinfection nicht unterdrückt ist, sondern dass sie sich im Gegentheil ausgebreitet hat, so dass man, um den 2. Extra-Duralabscess vollständig zu entleeren, die harte Hirnhaut blosslegen musste, in einer Ausdehnung, welche der Fläche von vereinigten 1 Fünffrank- und 1 Zweifrankstücken entspricht. Ausserdem zeigt die harte Hirnhaut eine Fistel, welche sich spontan gebildet und aus welcher sich mehrere Löffel Eiters ergiessen, vom Arachnoidalraum herstammend. Die Dura mater wird ausgiebig incidirt und die Oberfläche der Gehirnwindungen mit einer Sublimatlösung und Sauerstoffwasser desinficirt. Partielle Naht der ausgedehnten Wunde nach Einlegen zweier grosser Drainageröhren. — Die Untersuchung des Arachnoidealeiters ergiebt die Anwesenheit von Staphylokokken. Der Kranke, welcher von dem Eingriff, trotz der Anwesenheit des Eiters in der Arachnoidealhöhle nur ganz minimales Fieber zeigte, ohne jedwedes meningitisches Symptom, abgesehen von mässigen Kopfschmerzen, genas prompt. Jedoch 2 Monate später ging die beinahe vernarbte Wunde wieder auf und entleerte Eiter, der von einer neuen Ablösung der Dura mater herrührte, sodass eine neue Knochenresection nach dem Scheitel zu nothwendig wurde. Diesmal wird die Wunde offen gelassen, diese bedeckt sich rasch, und vernarbt glatt. 2 Monate später war vollständige Heilung eingetreten. — In den Betrachtungen, welche L. seinen Mittheilungen folgen lässt, betont er die ausserordentliche Latenz der Arachnoidealinfection im Gegensatze zu den reichlichen meningitischen Symptomen anderer Kranker mit nicht richtiger Meningitis. Er schreibt die unerhoffte Heilung seines Falles der äusserst früh vorgenommenen Arachnoidealdesinfection zu.

Cheval hatte vor 3 Jahren die Gelegenheit einen Fall diffuser Osteomyelitis der Schädelknochen im Gefolge einer Ohrläsion zu beobachten. Es bestand zu gleicher Zeit eine fungöse Pachymeningitis. Die vorgenommene Operation bestand in einer ausgiebigen Resection des Felsenbeins, sowie eines Theils des Seitenwand- und Hinterhauptbeins derart, dass sie die kranken Theile umschrieb; die Meningen wurden cürettirt, von den Fungositäten befreit, und die Kranke genas rasch. Ch. hebt die Abwesenheit von Symptomen trotz der Ausbreitung und Schwere der Läsionen hervor.

Laurens hat einen identischen Fall beobachtet. Er macht darauf aufmerksam, dass, wenn man das Periost erhalten kann, was beim Kinde gewöhnlich leicht zu

machen ist, Knochenregeneration stattfindet. Er führt den Fall von einem Kinde an, bei welchem er eine ausgedehnte Resection des Stirnbeins vornehmen musste; nach 2 Jahren hatte vollständige Knochenregeneration stattgefunden, nur traten während der Zeit epileptische Anfälle auf, die sich in der Folge besserten.

Trétrop: Das Aufsuchen von Bakterien in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Meningitis ist äusserst mühsam und heikel; er glaubt kaum, dass die Abwesenheit von Bakterien als negatives Zeichen für Meningitis angesehen werden dürfe.

De Stella wünscht, dass man in Fällen von Meningismus systematisch die Lumbarpunction vornehme, behufs Stellens einer exacten Diagnose, denn man dürfe ja nicht Meningealcongestion und sogar seröse Meningitis verwechseln mit eitriger Meningitis, deren Ausgang letal sei.

Broeckaert: Ueber die Radicalcur der Pansinusitiden.

Der junge Patient, welchen Delsaux soeben vorgestellt hat, wurde operirt nach einem Verfahren, welches ich, soviel mir wenigstens bekannt ist, zuerst anempfohlen und am Lebenden ausgeführt habe. Dasselbe hinterlässt, wie man sich überzeugen konnte, kaum eine Entstellung und gestattet die Radicalcur der Pansinusitiden in einer einzigen Sitzung vorzunehmen. Das Verfahren besteht in:

1. Hautschnitt, beginnend in der Mitte des Supraorbitalrandes bis an das entsprechende Nasenloch, der Nasenwangenfurche entlang. Die Incision hat die Form eines *S* wenn rechts, und die eines ∽ wenn links operirt wird.
2. Umklappen der Weichtheile der Nase nach dem Vorgang von Moure.
3. Vergrösserung der birnförmigen Oeffnung durch Beseitigung des aufsteigenden Astes des Unterkiefers, des Os unguis, des Nasenbeins und der Spina nasalis des Stirnbeins.
4. Ethmoidectomie.
5. Resection der vorderen Wand des Sinus sphenoidal. und Curettage dieses Sinus.
6. Freilegen der medianen und vorderen Wand des Maxillarsinus bis zum Foramen infraorbit. Resection dieser Wand, sowie des diedrischen Nasomaxillarwinkels und der ganzen inneren Sinuswand. Curettage des Sinus maxillaris.
7. Exploration der Beschaffenheit des Sin. frontal. mit der Sonde durch den behufs Entfernung der Spina nasalis des Stirnbeins blossgelegten Boden derselben; bei engem Sinus vollständige Entfernung der vorderen und unteren Wand (Jacques). Bei mittelgrossem Sinus Entfernung der unteren Wand, sich immer diesseits der Rolle des grossen Obliquus haltend; bei enormer Orbitalausbreitung des Sinus lässt man der vollständigen Resection des Bodens die Totalresection der vorderen Wand folgen, mit gleichzeitiger Erhaltung des Orbitalrandes (Killian).
8. Zurückbringen der Nasenpyramide in ihre ursprüngliche Stellung und sorgfältige Hautnaht.

Goris erinnert daran, dass er vor 7 Jahren im Bulletin der Gesellschaft ein Verfahren veröffentlicht habe, welches gestatte, mit der grössten Leichtigkeit alle Gesichtshöhlen zu eröffnen.

Goris (Brüssel): Ein Wort bezüglich der Orbitalcomplicationen bei Nasenaffectionen. Ein erste Kategorie dieser Affectionen wird gebildet durch Ethmoidal-

und Frontalsinusitiden, bei welchen sich eine Fistel nach der Orbita bildet. Die Heilung dieser Complicationen verlangt die Anwendung der verschiedenen technischen Verfahren, welche man in Fällen von Sinusitiden auszuüben pflegt. Eine zweite Kategorie von Affectionen begreift chronische, eitrige Dacryocystiden, welche den gewöhnlichen Behandlungen widerstanden. Diese Affectionen hängen zusammen mit Theilen des Os unguis und ethmoid. Diese Fälle erheischen die Operation, welche darin besteht, dass man die knöcherne Orbitalwand nach innen vom Thränensack einbricht und eine zweite Nasendrainage herstellt. Das erlaubt die Orbitalwunde zu nähen und in einigen Tagen eine definitive Heilung per primam zu erzielen.

Heyninx (Brüssel): Ueberzählige Siebbeinmuschel, Gesichtsneuralgie.

In Folge eines acuten Schnupfens litt ein 38jähriger Mann an halbseitigen Gesichtsschmerzen. Rhinologisch konnte man auf der betreffenden Seite eine überzählige Muschel erkennen, die vordere Siebbeinrinne überbrückend. Die Exstirpation der Muschel führte rasche Heilung herbei. Vom embryologischen Standpunkt aus stellte die vordere Siebbeinmuschel ein in der Entwicklung weniger vorgeschrittenes Stadium der vorderen Ethmoidalrinne dar.

Lenoir fragt, seit wann der Kranke die Neuralgie gehabt habe?

Heyninx: seit 2 Jahren in Folge eines acuten Schnupfens.

Heyninx (Brüssel): Epilepsie und Endonasasalcompression.

Der Autor theilt 5 Beobachtungen mit von Beseitigung von Epilepsie durch endonasale Entlastung. Er ist der Ansicht, dass die functionelle Epilepsie abhängig sein könne von einer permanenten Reizung des peripheren Nervensystems (Würmern, Compression durch Tumoren etc.) und dass sie hauptsächlich durch Reizung des Centralnervensystems in Folge anormaler Eigenschaften der Cerebrospinalflüssigkeit bedingt werde. Diese Flüssigkeit werde epileptogen durch die beständige Zuführung von durch Eiterverhaltungen in der Nase erzeugten Toxinen.

Lenoir und Jaquet schreiben das Aussetzen der Anfälle dem moralischen Einfluss der Operation zu; eine irgend beliebige Behandlung kann unter diesen Bedingungen momentane Resultate ergeben.

De Stella meint, dass man zwischen der essentiellen und reflektorischen Epilepsie einen Unterschied machen müsse; die erstere lasse sich nicht durch eine Operation beseitigen.

Heyninx (Brüssel): Flimmerscotome und Hypertrophie der unteren Muschel.

Mittheilung zweier Beobachtungen, bei welchen die „Augenmigräne" eine endonasale und nicht centrale Ursache hatte, wie die Ophthalmologen vermuthen.

Van Swieten (Brüssel): Ein Fall von adenoider Geschwulst bei einem 67jährigen Greise.

Hennebert (Brüssel): Ueber Zufälle im Gefolge von Nasenfurunkulose.

Auftreten eines Furunkels der linken Nasenhöhle mit einem lymphangitischen

Streifen auf der Stirnhaut. H. eröffnete den Furunkel galvanokaustisch. Abendtemperatur 39,8; zu gleicher Zeit trat ein scharlachröthlicher Ausschlag mit Gelenkschmerzen auf. Darauf setzte eine „juxtapharyngeale" (lateropharyngeale? Ref.) Phlegmone ein und einige Zeit darauf bildete sich ein Oedem der linken Hälfte des Kehlkopfeingangs. H. nahm die Eröffnung der Phlegmone vor und der Kranke genas rasch.

Guisez (Paris): Ueber die endonasale Anwendung des Paraffins als Complementärbehandlung von Maxillar- und Frontalsinusitiden.

Eine der gewöhnlichen Complicationen bei der Behandlung von Pansinusitiden ist die Krustenbildung; um dem abzuhelfen, bedient sich G. der Paraffinmethode, welche den Zweck verfolgt, den Substanzverlust zu ersetzen, um so die mechanische Action zu befördern. Die Resultate, welche er damit erzielte, sind ausgezeichnet und ganz und gar denen an die Seite zu stellen, welche man bei der Ozaena erhält. Er geht darauf auf die Entstehungsweise der Krusten ein, die eine directe Consequenz der Erweiterung der Nasenhöhlen seien.

Delsaux bemerkt, dass Zuckerkandl diesen Punkt hervorgehoben hat; indem er den Nasenhöhlendurchmesser eine directe Beziehung zur Ozaena zuschreibt.

Raoult (Nancy): Tuberculose der Nasenspitze.

15jähriges Kind von R. zuerst anno 1902 beobachtet; damals bot die Nasenspitze Läsionen dar, wie man sie bei Ekzem sieht. Als er Pat. im Jahre 1905 wiedersah, hatte sich die Läsion transformirt, hatte ein sprossendes Aussehen, die Haut zeigte ziemlich zahlreiche Ulcerationen mit zahlreichen gelben Pünktchen an ihrer Oberfläche. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine tuberculöse Affection handelte. Curettage und 6 Wochen darauf vollständige Heilung.

Goris: Ueber den intervertebro-digastrischen Abscess.

G. beschreibt einen Abscess, welcher sich in der Tiefe des Nackens entwickelte zwischen der inneren Fläche des Digastricus und der Wirbelsäule. Der Verlauf der Eiterung erzeugte folgende Symptome: Heftige, progressive Schmerzen im Bereiche des grossen Nerv. occipit. ganz oben auf dem Scheitel, wo der Nerv endigt. Schmerzen an unteren Zahnnerven und den tiefen Temporalnerven, progressiver Trismus und fortschreitend zunehmende Dysphagie. Aufbrechen des Abscesses in den Oesophagus; Eiteraspiration und tödtliche Bronchopneumonie. G. beschreibt die sehr einfache Technik um auf den Abscess zu gelangen vor seiner Wanderung nach dem Oesophagus; dieselbe besteht in einer Längsincision zwischen den Mm. trapez. und sternomastoid. unter Loslösung der Mm. sternomastoid., splenius und kleinem Complexus von der Linea semilun. occipit.

Fernandès (Brüssel): Eine mit Erfolg operirte Cervicalmeningocele.

4jähr. Kind ist Träger einer Meningocele vom Volumen eines grossen Apfels mit einer wallnussgrossen Nebengeschwulst. Der Tumor verhindert das Kind, den Kopf nach hinten zu beugen. F. nahm die Resection desselben vor mit Anlegung einer Ligatur an seiner Basis. Perfecte Heilung.



Am Montag, den 19. Juni 1905, machte die Gesellschaft eine Excursion nach Spa, wo Dr. Delneuville dieselbe mit den Thermal- und Badeeinrichtungen bekannt machte. Die Reichhaltigkeit der Spa'er Quellen an Mineralbestandtheilen, besonders an Eisen und an Kohlensäure, gestatten denselben eine hervorragende Wirkung ebenso für den inneren als den äusseren Gebrauch: Chloranämie und Herzaffectionen einerseits, andrerseits vom einfachen Schnupfen an bis zur Pharyngitis sicca und Ozaena. Spa verdient mit Recht den Namen der „Königin eisenhaltiger Wasser". — Darauf Lunch. Ausflug im Wagen nach der Gileppe und Heimkehr nach Lüttich.

Ganz besondere Anerkennung verdienen Prof. Schiffers, Beco und die übrigen Lütticher Collegen für die gelungene Organisation der diesjährigen Jahresversammlung der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

Bayer.

---

f) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

XIV. Sitzung vom 13. November 1904 zu Köln.

Anwesend 38 Mitglieder.

I. Stellungnahme zur neugegründeten deutschen laryngologischen Gesellschaft.

Resolution: Die Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte begrüsst die Gründung einer neuen laryngologischen Gesellschaft; sie hält es aber für unbedingt erforderlich, dass Ort und Zeit der Tagung der Gesellschaft in keiner Weise mit der der süddeutschen laryngologischen Vereinigung collidirt und dass die Interessen dieser, sowie der übrigen bestehenden betreffenden Gesellschaften in keiner Weise geschädigt werden.

II. Neuenborn (Crefeld): a) Demonstration eines Apparates zur Anwendung des Katheterismus bei Ohrenkranken.

b) Aethylchloridnarkose in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis.

Das Aethylchlorid wird (nach Anwendung eines Mundsperrers) auf eine Chloroformmaske gespritzt; je nach dem Alter der Patienten in Dosen von $^1/_2$ bis 10 g. Die Narkose tritt nach $^1/_2$—$^4/_5$ Minuten ein, ist tief und in ihrer Dauer ausreichend für kleinere Eingriffe (Adenotomien, Paracentesen etc.); sie tritt ein ohne Excitationsstadium und ist frei von allen unangenehmen Nebenerscheinungen und Nachwirkungen anderer Betäubungsmittel.

Discussion:

Hopmann spricht sich für die Anwendung leichter Chloroformnarkose aus.

Kronenberg (Solingen) empfiehlt für kurzdauernde Narkosen die Anwendung des Aethers in der Form des sogenannten „ersten Aetherrausches" (minimale Narkose nach Riedel). Es werden dabei ca. 20 g Aether verbraucht; Rachen- und Kehlkopfreflexe bleiben erhalten, üble Nachwirkungen werden nicht beobachtet. K. wandte diese Narkose hauptsächlich bei Frauen und Kindern an.

Reinhard (Duisburg) empfiehlt für die Paracentese Lokalanästhesie mit Cocain, Menthol, Adrenalin und Carbolsäure zu gleichen Theilen. Die Lösung stellt eine dickflüssige Masse dar und wird in minimaler Dosis mittelst Wattebausch auf die zu durchschneidende Stelle des Trommelfells aufgetragen; nach 2 bis 3 Minuten färbt sich die Stelle weiss und ist unempfindlich. R. erklärt sich die Wirkung durch Zerstörung der Epidermisschicht des Trommelfells durch die Carbolsäure und die hierdurch ermöglichte Resorption der anderen Mittel. Berührung der Gehörgangswände mit dem Medicament ist zu vermeiden.

Löwenstein (Elberfeld) ist der Auffassung, dass kein Narkoticum ganz ungefährlich sei und empfiehlt, kleinere Eingriffe thunlichst ohne Narkose vorzunehmen; das Narkotisiren in aufrechter Stellung hält er für besonders bedenklich und glaubt, dass viele Todesfälle bei Zahnextractionen auf obige Art der Narkose zurückzuführen seien. Für grössere Operationen hält er die Sauerstoff-Chloroform-Narkose für kesonders empfehlenswerth.

Proebsting (Wiesbaden) bemerkt, dass erfahrungsgemäss die Narkose in sitzender oder aufrechter Stellung nicht so ungefährlich sei, wenn auch eine vollgültige Erklärung dafür nicht gegeben werden könne. Die Athembeschwerden beim Status thymicus sind ähnlich wie bei den Adenoiden und kann ein operativer Eingriff dabei plötzlichen Exitus hervorrufen; es handelt sich dabei wohl um einen Herztod, vielleicht hervorgerufen durch Zerrung der Herznerven bei Druck auf die Zungenbasis in sitzender Stellung.

Meissen (Hohenhonnef): Demonstration des Sänger'schen Apparates zur Inhalation verdampfter Flüssigkeiten.

Der Apparat hat vor den gewöhnlichen Inhalationsmaschinen den Vorzug, dass er ausser der Erzeugung von Wasserdampf das Medicament miterwärmt und durch die sinnreiche Anordnung der Röhrenleitungen eine gründlichere Mischung von Wasserdampf und Arznei gestattet.

Saenger hat den Apparat in der Wiener klinischen Rundschau 1904, No. 34 und 35, genauer beschrieben (Fabrikant O. Gentsch, Magdeburg).

Löwenstein (Elberfeld): a) Demonstration eines neuen Halseisbeutels.

Der Vorzug des Apparates besteht darin, dass er nur die vordere Hälfte des Halses bedeckt und durch Verschluss mittels Gummiringes vollständig wasserdicht bleibt. Durch sinnreich angebrachte Bänder, wovon das eine über dem Kopfe befestigt wird, kann der Beutel den vorderen und oberen Partien des Halses fest angelegt werden.

b) Mittheilung eines Falles von Fremdkörper im rechten unteren Nasengang.

Es handelt sich um einen Eckzahn, der mit der Wurzel nach der rechten Highmorshöhle zu sass und mittels Kornzange entfernt werden konnte; derselbe hatte eine Verstopfung der Nasenhälfte, Granulationsbildung und starke Hypertrophie des vorderen unteren Muschelendes verursacht. Bei dem Patienten fehlten verschiedene Zähne des Oberkiefers.

Discussion:

Hirschmann (Köln) erwähnt einen bereits in einer früheren Sitzung mitgetheilten Fall, bei welchem ein Schneidezahn nach einer Verletzung in die Nasenhöhle gewachsen war und (vielleicht durch Druck auf die untere Muschel) epileptiforme Anfälle verursachte, die nach Extraction des Zahnes schwanden.

Littaur (Düren) demonstrirt einen wegen Plattenepithelkrebses exstirpirten Kehlkopf.

Bei der Operation wurden die querdurchtrennte Trachea vorn eingenäht, der Larynx sammt oberem Oesophagusabschnitt, der im Tumor enthalten war, in toto entfernt und Oesophagusstumpf und Pharynx vernäht. Patient hat nach der Operation (7 Monate) 18 Pfund zugenommen, hat keine Schluckbeschwerden und kann wieder seinem Berufe nachgehen.

Goldschmidt (Aachen): Ueber Papillome in der Trachea.

Bei einem 44jährigen Patienten traten Athemnoth und Stenoseerscheinungen ein, die durch ein bohnengrosses Papillom des Larynx, sowie durch eine grosse Anzahl von Papillomen in den tiefgelegenen Theilen der Trachea verursacht wurden. Operation nach Killian. Moses (Köln).

III. Briefkasten.

Beschlussnahme des Belgischen Oto-Laryngo-Rhinologischen Gesellschaft bezüglich der Stellung der Laryngologie etc. bei den Internationalen Congressen.

Brief an den Herausgeber des Centralblatts.

Très honoré Collègue.

Conformément á votre désir, la Société d'oto-laryngologie Belge a mis en dicussion, dans sa dernière Séance, la part que devait prendre l'oto-laryngologie au prochain Congrès international de Médecine de Lisbonne.

Après une discussion approfondie, à laquelle ont pris part les principaux membres de la société; les propositions suivantes ont été votées:

1⁰ Une section sera réservée aux oto-laryngologistes à exclusion des stomatologistes (adoptée á l'unanimité).

2⁰ L'oto-rhino-laryngologie formera une section unique (adoptée à l'unanimité moins une voix).

La proposition suivante a été repoussée à l'unanimité moins une voix:

La section d'oto-rhino-laryngologie sera subdivisée en deux sous-sections: otologie et laryngologie: la rhinologie restera terrain commun.

Agréez, très honoré Collègue, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Secrétaire Général
Dr. Broeckaert.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXI. Berlin, December. 1905. No. 12.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Thost. Die Begründung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft zu Heidelberg am Pfingstdienstag, den 13. Juni 1905.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 8. 1905.*

Kritischer Bericht über die Gründung und erste Sitzung der Gesellschaft.

HECHT.

2) **H. Neumayer** (München). **Nekrolog auf Professor Dr. Philipp Schech.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1905.*

Würdigung der Bedeutung Schech's für die Laryngologie und Bericht über seinen ärztlichen Lebensgang, sowie Anführung der Originalarbeiten des Verstorbenen.

HECHT.

3) **John N. Mackenzie. Die Zukunft des Kehlkopfspiegels und das Studium der Laryngologie. (The future of the Laryngoscope and the study of Laryngology.)** *The Laryngoscope. Mai 1905.*

Ausgehend von einer Betrachtung über die Feier von Manuel Garcia's 100 jährigen Geburtstag weist Verf. auf die praktische Bedeutung des Studiums der Laryngologie hin; er meint, die Zeit sei nicht mehr ferne, wo das Laryngoskop ein ebenso selbstverständliches Requisit des Arztes sein werde, wie das Stethoskop. Er giebt eine Schilderung aus der Behandlung der Laryngologie als Lehrgegenstand an der John Hopkins-Universität, als er im Jahre 1889 mit demselben betraut wurde. Im Jahre 1893 wurde das Studium der Laryngologie an dieser Universität fest organisirt und obligatorisch gemacht. Verf. schliesst mit einer Schilderung des gegenwärtig an der John Hopkins-Universität für die Laryngologie befolgten Lehrplans.

EMIL MAYER.

4) **C. L. M. Fredell** (Melbourne). **Katarrh. (Catarrh.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juli 1905.*

Verf. wendet sich gegen die populäre Auffassung, dass „Katarrh" ein bestimmter Krankheitsbegriff ist und setzt dagegen seine nichts Neues bietende De-



finition. Der Hauptfactor für das Zustandekommen eines Postnasalkatarrhs sei Staub und der Katarrh stelle nur eine Anstrengung des Organismus vor, durch vermehrte Secretion das irritirende Material wegzuwaschen. Das beste therapeutische Mittel um diesen Zweck zu erfüllen, sei die Nasendouche, deren Werth er in 20 jähriger Erfahrung erprobt habe. A. J. BRADY.

5) **Fessler** (Pettau). **Ueber durch erhöhte Körpertemperatur bewirkten Husten.** *Wiener med. Wochenschr. No. 39. 1904.*

Husten kann eine rein nervöse Folgeerscheinung des Fiebers sein, und konnte in mehreren Fällen eine günstige Beeinflussung der Entfieberung auf den Husten constatirt werden: Ausschaltung der Reflexwirkung des überhitzten Blutes auf das Hustencentrum in der Medulla oblongata. CHIARI.

6) **Gray P. U. Prior** (Sidney). **Ein Fall von angieneurotischem Oedem. (A case of angio-neurotic oedema.)** *Australasian Medical Gazette. 20. März 1905.*

Ein 28 jähriger Idiot litt an recurrirenden Anfällen von Oedem an verschiedenen Körpertheilen. Eines Morgens um 3 Uhr erwachte er mit einem Oedem der Oberlippe, um $7^1/_2$ Uhr bestand ausgebreitetes Oedem des Gesichtes und Halses, um 10 Uhr trat plötzlich ein Erstickungsanfall auf, dem er in wenigen Minuten erlag. Die Obduction zeigte starke Schwellung der Zunge und der Epiglottis; auch die Larynxschleimhaut war geschwollen. A. J. BRADY.

7) **M. Buch** (Helsingfors). **Globus hystericus.** (Vorläufige Mittheilung.) *Finska Läkaresällskapets Handlingar. Januar 1905. S. 28.*

Verf. hat 20 Fälle von Globus untersucht. In allen Fällen beobachtete er eine sehr bedeutende Hyperalgesie im Lenden- und Halssympathicus, die oft von spontanen Neuralgien begleitet war. In der Hälfte der Fälle konnte man durch Druck auf den Lendensympathicus — weniger oft durch Druck auf den Halssympathicus — Globus hervorrufen.

Die Globusempfindung ist durchaus nicht typisch für Hysteriker. Unter den 20 Fällen, die dem Verf. zur Untersuchung vorlagen, fand sich nicht ein Fall von Hysterie. Die meisten litten an Pubertätschlorose und wurden durch Gebrauch von Eisen und Arsenik geheilt. E. SCHMIEGELOW.

8) **Viktor Lange** (Kopenhagen). **Ein unaufgeklärter Fall von plötzlichem Tod.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. etc. No. 2. 1905.*

Bei einem früher wegen Croup tracheotomirten Jungen mit erschwertem Decanülement und mehrfachen Ausschabungen von Granulationen blieb nach Abheilung der Tracheotomiewunde ein Stridor mit zeitweisem Auftreten von Spasmus glottidis zurück. Das Kind wurde behufs Larynxuntersuchung und etwaiger Laryngofissur an Lange verwiesen. Bei der ersten Untersuchung starb das Kind in einem Anfall von Spasmus glottidis. Autopsie wurde nicht gestattet. HECHT.

9) **H. Richartz** (Würzburg). **Ueber Aphthae tropicae oder indische Sprue.** *Münch. med. Wochenschr No. 14. 1905.*

Diese — unter anderen Bezeichnungen — auch den Namen „Psilosis" führende Tropenkrankheit besteht nach Manson „in einer chronisch-katarrhalischen Ent-

zündung der Schleimhaut des ganzen Digestionstractus oder eines Theiles desselben und charakterisirt sich durch einen entzündeten, nackten und erodirten Zustand der Zungen- und Mundschleimhaut, durch blassen, kopiösen, meist dünnen, schaumigen Stuhl, durch Kachexie und Anämie und durch Neigung zu unaufhörlichen Rückfällen". Autor berichtet in extenso über zwei einschlägige Fälle und bespricht eingehend Aetiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Diagnose und Differentialdiagnose.

HECHT.

10) **G. Trautmann** (München). **Zwei weitere Fälle von sogenanntem „Drüsenfieber".** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1905.*

Bericht über zwei einschlägige Fälle bei zwei Geschwistern und anatomische, sowie pathologisch-anatomische Betrachtungen über die entsprechenden Lymphbahnen und deren klinische Aeusserungen. Autor schlägt vor, statt der bisweilen nicht zutreffenden Bezeichnung „Drüsenfieber" die Erkrankung als „Angina pharyngea" zu bezeichnen.

HECHT.

11) **Hartl** und **Herrmann** (Wien). **Zur Inhalation zerstäubter bakterienhaltiger Flüssigkeit.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 30. 1905.*

Die Autoren benutzten zu ihren Thierversuchen den Inhalationsapparat nach Bartel. Die Versuche ergaben u. a., dass die Zahl der unter den geschaffenen Bedingungen mit der Athmungsluft eindringenden Keime auf dem Wege durch Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf, Trachea gegen die Peripherie der Lunge rasch abnimmt, der grösste Theil in den ersteren Wegen haften bleibt, während die peripheren Theile der Lungen nur von einem sehr kleinen Bruchtheil erreicht werden.

CHIARI-HANSZEL.

12) **Bartel** (Wien). **Ein Apparat für Inhalationsversuche.** *Wien. klin. Wochenschrift. No. 30. 1905.*

Das Prinzip des Apparates besteht darin, dass die Versuchsthiere, ausserhalb desselben sich befindend, unter hohem Druck äusserst fein zerstäubtes Material inhaliren, der Athmungsvorgang hierbei unter normalen Druckverhältnissen erfolgt. Der Apparat wurde nach B.'s Angabe von der Firma H. Dümler in Wien angefertigt.

CHIARI.

13) **Josef Ötvös. Ueber den Heilwerth des Bulling'schen Inhalationsverfahrens.** *Orvosi Hetilap. No. 16. 1905.*

Verf. referirt über zahlreiche Fälle, in welchen er mit gutem Erfolge das Bulling'sche Inhalationsverfahren in Anwendung gebracht hat.

v. NAVRATIL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **A. Onodi** und **A. Zirkelbach. Zur Pathologie der Anosmie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 125.*

Eingehender Bericht über das Resultat der Geruchsprüfung an einem grösseren Krankenmaterial, unter welchem organische und functionelle Nervenkrankheiten

ebenso wie Organkrankheiten (Vitia cordis, Phthisen, Nephritiden etc.) vertreten sind.

F. KLEMPERER.

15) **Victor Widakowich** (Wien). **Ueber das Verhalten der markhaltigen Nerven bei nasaler Reflexneurose.** *Mit 2 Abbild. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 8. 1905.*

Widakowich untersuchte eine Reihe von excidirten Muscheltheilen von Patienten sowohl ohne pathologische Reflexe, wie solche mit nasalen Reflexbeschwerden (nasales Asthma, reflectorische Trigeminusneuralgie) und konnte in Bezug auf das Verhalten der Nerven keine Unterschiede constatiren. Autor kommt auf Grund seiner Untersuchungen an Serienschnitten zu Resultaten, die von den s. Zt. Levy'schen Untersuchungsresultaten bedeutend abweichen; bezüglich Details muss aaf die Originalarbeiten verwiesen werden.

HECHT.

16) **Adolph Bronner. Nasenkrankheiten und ihre Beziehung zu krankhaften Zuständen anderer Organe. (Diseases of the nose and their relationship to pathological conditions of other organs.)** *Brit. Med. Journal London. I. p. 177. 1905.*

Verf. verhält sich im Allgemeinen skeptisch gegenüber der Auffassung, dass häufig ein reflectorischer Zusammenhang zwischen Nasenerkrankungen und anderen Organen besteht, wenn er auch nicht leugnen will, dass in seltenen Fällen ein solcher Zusammenhang besteht. Bei Asthma und Heufieber ist eine solche Beziehung zweifellos festgestellt; in allen diesen Fällen ist sorgfältige Untersuchung und eventuell Behandlung der Nase angezeigt. Ausführlich werden die Zusammenhänge zwischen Nasenerkrankungen und Affectionen des Auges und Ohrs, Nebenhöhlenerkrankungen und Meningitis, Gastritis und Kopfschmerz behandelt, zum Schluss vor operativem Uebereifer gewarnt.

JAMES DONELAN.

17) **Henry H. Haskell. Augenbeschwerden und reflecterische Erscheinungen nasalen Ursprungs. (Eye strain and reflex phenomena of nasal origin.)** *N. Y. Medical Journal. 4. März 1905.*

Verf. hat 65 Fälle gesammelt, in denen Refractionsstörungen durch intranasale Operationen gebessert wurden. Man sollte vor jeder Brillenverordnung erst die Nase untersuchen.

LEFFERTS.

18) **Heinr. Halász** (Miskolz). **Stimmritzenkrampf verursachende Knochenblasenbildung der mittleren Nasenmuschel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 7. 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit wieder. Die die Nase in ihrer ganzen Tiefe stenosirende, mit Luft gefüllte Knochenblase sass an der Stelle der mittleren Muschel, welch' letztere fehlte.

HECHT.

19) **A. L. Whitehead. Nasenkrankheit als eine Ursache von Kopfschmerz. (Nasal disease as a cause of headache.)** *Brit. Med. Journ. I. p. 179. 1905.*

Sicher werden Kopfschmerzen in einer Anzahl von Fällen durch Nasenerkrankungen verursacht; jedoch kann es zweifelhaft sein, ob ein solcher Zusammenhang besteht bei Nasenerkrankungen, die nicht mit eitriger Secretion und Nasen-

verstopfung einhergehen. Jedenfalls sollte bei Klagen über Kopfschmerz niemals eine sorgfältige Untersuchung der Nase verabsäumt werden. Operationen kleiner Leisten und Hypertrophien haben gewöhnlich keinen Nutzen; wenn die mittlere Muschel gegen das Septum, besonders gegen das Tuberculum septi drückt, so soll sie theilweise abgetragen werden. JAMES DONELAN.

20) **Somers. Nasaler Kopfschmerz. (Nasal headache.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Juli 1905.*

S. betrachtet als häufige Ursache für Kopfschmerz partielle oder complete Nasenstenose und acute oder chronische Sinusitis. Der Häufigkeit nach geordnet ist der Kopfschmerz frontal, occipital und vertical. Nasenstenose führt vorzugsweise zu Frontalschmerzen und Gefühl von Schwere; die heftigsten und constantesten Schmerzen sind die Folge von Nebenhöhlenerkrankungen.

LEFFERTS.

21) **G. Kolischer. Nasale Dysmenorrhoe. (Nasal dysmenorrhea.)** *American Journal of Obstetrics. Juni 1904.*

Verf. kommt zu dem Resultat, dass kein Recht besteht, eine nasale Dysmenorrhoe als klinischen Begriff gelten zu lassen. Die Beeinflussung der Dysmenorrhoe durch Cocainisirung lasse sich durch die allgemeine Intoxication des Organismus mit dem Alkaloid erklären; man solle besonders bei nervösen Patientinnen mit der Anwendung von Cocain sehr vorsichtig sein. EMIL MAYER.

22) **J. E. Alberts** (Amsterdam). **Heufieber-Therapie. (Hooikoorts-therapie.)** *Geneesk. Courant. 25. Juni 1904.*

Polemik wider Elias; Vertheidigung der Fink'schen Aristol- und namentlich der Dunbar'schen Antitoxin-Behandlung. H. BURGER.

23) **J. Ph. Elias** (Rotterdam). **Die Therapie des Heufiebers. (De therapie der hooikoorts.)** *Med. Weekbl. XI. No. 11.*

Besprechung der Fink'schen Aristol-Behandlung, von welcher nur der Erfinder Resultate erlebt haben soll und der Dunbar'schen Antitoxin-Therapie, der weit grösseres Lob gespendet werden kann, welche indessen gewiss noch kein Universalheilmittel des Heufiebers darstellt. H. BURGER.

24) **R. Mohr** (Mügeln b. Pirna). **Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Heufiebers.** (Auf Grund des vom Vorstand des „Heufieberbundes von Helgoland" zusammengetragenen Materiales an Fragebogen, brieflicher Mittheilungen etc.) *Münch. med. Wochenschr. No. 33 u. 34, 1905.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

25) **Otto J. Stein. Die Dunbar'sche Antitoxinmethode zur Behandlung des Heufiebers. (The Dunbar antitoxin method of treating hay-fever.)** *Medicine. April 1905.*

In drei Fällen, mit denen Verf. Versuche anstellte, folgte auf die Einführung des Toxins in den Conjunctivalsack die gewöhnliche Reaction, während bei den Controlpersonen jede Reaction ausblieb; die Versuchspersonen litten an der Früh-

lingsform des Heufiebers. Das Antitoxin muss vor Beginn des Anfalls angewandt werden, hat dieser sich erst einmal entwickelt, so bleibt es wirkungslos. Von 26 Fällen, bei denen das Mittel prophylaktisch angewandt wurde, wirkte es bei allen, bis auf drei. Auf der Höhe des Anfalls angewandt, mildert es seine Schwere etwas. In einem Fall war gar keine Wirkung des Antitoxin zu constatiren. Verf. zieht das Pulver dem flüssigen Präparat vor. Unter den berichteten Fällen sei als besonders merkwürdig der eines Dienstmädchen hervorgehoben, bei dem jedesmal Heufieber auftrat, wenn es mit Mehl zum Backen hantirte. Nach Anwendung des Serums blieb diese Erscheinung aus.

EMIL MAYER.

26) **Heindl** (Wien). **Das Heufieber und seine specifische Behandlung mit Pollantin.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1905.*

H. giebt dem Pollantin in Pulverform den Vorzug gegenüber dem flüssigen Medicament. Es wird wie eine Prise aufgeschnupft und ist besonders darauf zu achten, dass das Aufschnupfen zu einer Zeit erfolgt, wenn die Nase noch nicht verstopft ist, der Patient also gerade nicht an Heuschnupfen leidet, wie des Morgens bei geschlossenem Fenster. Das Medicament ist nach Bedarf mehrmals des Tages anzuwenden und konnten befriedigende Resultate erzielt werden.

CHIARI.

27) **Notiz des Herausgebers. Heufieber und seine Behandlung. (Hay fever and its treatment.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Juli 1905.*

Angabe der von verschiedenen Autoren empfohlenen Behandlungsmethoden, mit besonderer Berücksichtigung von Chappell, Thornton, Waugh und Hollopeter.

LEFFERTS.

28) **Jacques Joseph** (Berlin). **Intranasale Nasenhöckerabtragung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration eines intranasal, ohne jede äussere Narbe, von seinem entstellenden Nasenhöcker befreiten Patienten. Die Nase zeigte in der oberen Hälfte einen grösseren, in der unteren Hälfte einen kleineren Höcker. Beide traten namentlich beim Lachen hässlich hervor. Guter kosmetischer Erfolg.

ALBANUS (ZARNIKO).

29) **M. Hajek. Bemerkungen zu der Krieg'schen Fensterresection.**
K. M. Menzel. Zur Fensterresection der verkrümmten Nasenscheidewand.
Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 1. S. 45 u. 48.

Hajek hat die Krieg'sche Fensterresection in mehr als 100 Fällen ausgeführt und rühmt ihr durchgehends gute Resultate nach, wie sie ähnlich von keiner anderen Methode erreicht werden. Zur Abkürzung der Heilungsdauer nach der Operation und zur Verringerung der nicht unerheblichen Beschwerden des Pat. während dieser Zeit schlägt er eine Modification des Verfahrens durch Erhaltung der Schleimhaut der convexen Seite vor.

Menzel giebt die Operationsgeschichten von 15 Fällen, die nach diesem modificirten Verfahren im Hajek'schen Ambulatorium operirt wurden. Die Operation schildert er folgendermaassen: Bepinseln beider Septumschleimhäute, jedoch mehr der convexen, mit 20proc. Cocainlösung und Adrenalin 1 : 1000; Schleich-

sche Infiltration an der Stelle des Schnittes und weiter nach rückwärts zwischen Schleimhaut und Knorpel beiderseits. Hierauf wird an der convexen Seite, entlang dem Septum mobile, direct auf den vorderen Rand der Cartilago quadrangularis ein Schnitt durch die Schleimhaut gemacht, welcher am oberen und unteren Ende etwas nach hinten umbiegt. Nachdem nun der vorderste Antheil des Knorpels mittels Hakenpincette und Skalpell von der einen Schleimhautfläche völlig entblösst worden ist, wird die Ablösung mittels stumpfen Elevatoriums soweit als nöthig nach rückwärts vollführt. Von demselben Schnitte aus wird in ganz der gleichen Weise zunächst ein kleines Stück Knorpel von der concaven Septummembran mittels Hakenpincette und Skalpell entblösst und hierauf wieder stumpf möglichst weit nach rückwärts abgelöst. Die Schleimhaut der convexen Seite wird nun mit einem Fadenzügel bei Seite gehalten, der Knorpel in jener Linie, bis zu welcher man ihn nach oben entfernen will, mit der Scheere durchschnitten und dann mittels gut fassender Kornzangen resecirt. Unter Anwendung des Nasenspiegels wird nun alles, was von Knochen und Knorpel im Wege steht — mittels schneidender Zangen, die etwa verkrümmten alleruntersten Septumpartien mittels Meissel und Hammer — bis weit nach rückwärts und beliebig weit nach oben entfernt, bis beide Nasenhälften sich als ganz frei präsentiren und einen ungehinderten Ausblick auf die hintere Rachenwand gestatten. Nun kann man 2—3 Nähte anlegen, jedoch genügt es auch ohne diese durch einfache Tamponade der beiden Seiten die beiden Schleimhautblätter auf einander gepresst zu halten. Die ersten Tampons werden nach 2 Tagen entfernt und nun blos der der ursprünglich convexen Seite ersetzt; dieser bleibt wieder 1—2 Tage und wird, falls die Stellung des Septums es erheischt, noch weiter erneuert. Die Heilung erfolgt per primam, nach 6—8, längstens 14 Tagen ist der Patient geheilt. — Wesentlich ist, den Nasenknorpel nicht zu nahe dem knorpeligen Nasenrücken zu reseciren, weil sonst unfehlbar eine Sattelnase entsteht.

F. KLEMPERER.

30) **Erhard Müller** (Stuttgart). **Zur Technik der Krieg'schen Fensterresection.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 312.*

Verf. schreibt der Krieg'schen Operation, die er im Laufe von 10 Jahren 165 Mal ausgeführt hat, universelle Brauchbarkeit für alle Fälle von Septumverbiegung zu. Er bespricht die Technik der Operation eingehend und räth, nach keiner Richtung von den ursprünglichen Krieg'schen Vorschriften abzugehen; so oft er dies versuchsweise that, ist er immer wieder auf die Krieg'sche Methode als „die vollkommenste, zuverlässigste und relativ einfachste" zurückgekommen. Zur Erlernung der Technik und Ueberwindung ihrer Schwierigkeiten empfiehlt Verf., zuerst an leichteren Fällen (linke Seite, weite und hohe Nasenlöcher, blutarme Personen) zu operiren; „wer aber einmal die Technik der Krieg-schen Operation gründlich beherrscht, für den giebt es überhaupt keine Unmöglichkeiten mehr in der Septumchirurgie".

F. KLEMPERER.

31) **Sidney Jankauer. Submucöse Resection der verbogenen Nasenscheidewand. (Submucous resection of the deviated nasal septum.)** *American Journal of Surgery. Juni 1905.*

Die Incision wird durch Schleimhaut und Perichondrium im vordersten Theil

der Convexität in verticaler Richtung gemacht; sie wird über den Nasenboden hin fortgeführt. Mit dem scharfen Elevatorium wird nach der andern Seite perforirt und dann die Operation in der gewöhnlichen Weise weitergeführt. Verf. hat 28 Fälle so operirt; es kam in keinem derselben eine Perforation zu Stande. Unter den Vortheilen, die Verf. der Operationsmethode nachrühmt, ist auch der, dass es in Folge der schnellen Heilung nicht zu Borkenbildung kommt, die tiefer gelegenen Theile des Septums können leichter erreicht werden, weil in Folge der Thatsache, dass der Lappen unten am Nasenboden festgehalten ist, die Schleimhäute durch die mechanische Action der inspirirten Luft vom Knorpel und Knochen abgehalten werden.

EMIL MAYER.

32) **William Lincoln Ballenger. Die submucöse Resection des Nasenseptums. (The submucous resection of the nasal septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1905.*

Verf. nimmt die Operation mittels eines von ihm besonders zu diesem Zweck angegebenen Drehmesssers vor, durch das er in den Stand gesetzt wird, die Operation einschliesslich der Entfernung am knöchernen und knorpligen Septum innerhalb 5—20 Minuten zu vollenden. Die Entfernung des Knorpels vollzieht sich mit dem Messer innerhalb weniger Secunden. Die Technik besteht in einer Modification der von Hajek-Menzel, White und Killian befolgten Methode. Der Hauptunterschied besteht in der Entfernung des knorpligen Septums, die in einem Stück geschieht.

EMIL MAYER.

33) **William Lincoln Ballenger. Eine neue Technik zur submucösen Resection des knorpeligen Septums. (A new technique for the submucous resection of the cartilagenous septum.)** *Laryngoscope. Juni 1905.*

Mittels des vom Verf. angegebenen Messers kann ein kreisförmiges oder irgendwie anders geformtes Stück des Knorpels ausgeschnitten werden, ohne dass man das Instrument mehr als einmal zwischen die abgehebelten Blätter des Mucoperichondriums einzuführen braucht; diese Operation erfordert nur wenige Secunden. Es resultirt keine Zerreissung oder Perforation der Schleimhaut.

EMIL MAYER.

34) **Francis W. Alter. Die submucöse Resection des verbogenen Nasenseptums. (The submucous resection of deflected nasal septum.)** *The Journal of the American Medical Association. 1. Juli 1905.*

Verf. berichtet über drei Fälle von Septumoperation nach Killian; in zwei davon resultirte eine Perforation des Septums. In einer Zusammenfassung am Schluss der Arbeit kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass die Killian'sche Operation unter allen in Betracht kommenden Methoden die rationellste und sicherste ist und diejenige, die zu den besten und dauerhaftesten Resultaten führt.

EMIL MAYER.

35) **D. A. Heffernan. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submucous resection of the nasal septum.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 31. August 1905.*

Die einzige Modification des Verf.'s besteht darin, dass er die Incision längs des freien Randes der Cartilago quadrangularis macht.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

36) **M. Rosenák** und **J. Feldmann** (Budapest). **Makroglossia, lingua lobata cum cystis mucosis multilocularibus.** *Gyógyászat. No. 5—6. 1905.*

Das 5 Monate alte Kind konnte nicht saugen, die Zunge war sehr gross, vorne durch 1 cm tiefe Fissuren in drei Theile getheilt, dazwischen lagen drei milchweisse erbsen- bis bohnengrosse Cysten. Frenulum linguae verkürzt, ausserdem sind adenoide Vegetationen und Syndactylie nachgewiesen worden.

v. NAVRATIL (POLYAK).

37) **Dagenneville. Die symmetrische congenitale Faltenzunge. (La langue plicaturée symmétrique congénitale.)** *Thèse de Paris. 1905.*

Es handelt sich um eine wirkliche angeborene Dystrophie, die sich oft bei mehreren Generationen wiederfindet und fast stets mit anderen Missbildungen, Gaumen- und Lippenspalten, Zahnanomalitäten etc. zusammen vorkommt. Es können differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber syphilitischen Erscheinungen sich ergeben; einige Autoren betrachten diese Affection als ein hereditär-syphilitisches Symptom. Wahrscheinlich handelt es sich vielmehr um einen Mangel im Parallelismus der Entwicklung zwischen der Schleimhaut und der Musculatur; letztere bleiben in der Entwicklung zurück, während die Schleimhaut in der normalen Weise sich weiter entwickelt, für jene zu gross wird und sich faltet.

A. CARTAZ.

38) **Richard H. Johnston. Ein Fall von sogenannter Haarzunge. (A case of so called hairy tongue.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

Bei dem 35 jährigen Patienten wurde als zufälliger Nebenbefund entdeckt, dass der Zungenrücken eine schwarze Farbe hatte und die Papillae filiformes sehr verdickt und lang waren. Die Basis jeder Papille war sehr dick und von ihr ging eine feine haarförmige Fortsetzung aus. Die Schwarzfärbung schien sich auf diese haarförmigen Fortsätze zu beschränken, während die verdickten Basen der Papillen von blasser Farbe waren. Pat., der sich wegen eines Ulcus auf der Tonsille vorgestellt hatte, kam nach einer Woche wieder und inzwischen war die Zungenaffection völlig geschwunden.

EMIL MAYER.

39) **St. Clair Spruill. Bericht über einen Fall von Rundzellensarkom der Zunge, Mandel und eines Theils des weichen Gaumens. (Report of a case of round cell sarcoma of tongue, tonsil and part of soft palate.)** *Carolina Medical Journal. Juli 1905.*

Der Fall betraf einen 40 jährigen Mann; es trat in den 3 Jahren, die seit der Exstirpation verflossen sind, kein Recidiv ein.

EMIL MAYER.

40) **Glas** (Wien). **Beiträge zur Pathologie der Zungengrundtumoren.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 28. 1905.*

Beschreibung eines wallnussgrossen Adenoleiomyoms der Zungenbasis wahrscheinlich congenitalen Ursprungs. Der erstbeobachtete Fall eines Adenoleiomyoms in der Gegend der Zungenbasis offenbar mit der Bildung des Ductus

lingualis in Zusammenhang. In einem zweiten publicirten Falle handelt es sich um eine mit zahlreichen glatten Muskelfasern versehene hypertrophische Zungenpapille von Bohnengrösse. CHIARI.

41) **Richard H. Johnston. Papillom der Zungentonsille. (Papilloma of the lingual tonsil.)** *The Laryngoscope. Juli 1905.*

Die Zungentonsille war stark hyperplasirt; in der Mittellinie war sie durch eine tiefe Furche getheilt. Auf der linken Hälfte befand sich ein Tumor von der Grösse einer grossen Erbse, von gelblich-blasser Farbe, frei beweglich und gestielt aufsitzend.

Die Untersuchung des mit der Schlinge entfernten Tumors ergab, dass es sich um ein Papillom handelte. EMIL MAYER.

42) **Ulrik Quensel** (Upsala). **Fall von Struma accessoria basees linguae. (Fall af Struma accessoria baseos linguae.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. S. 393. Juni 1905.*

Bei einer 30 jährigen Frau ist im Laufe von 10 Wochen ein Tumor am Zungengrunde, der schnell an Grösse zunahm, beobachtet. Nur geringe Beschwerden. Die Geschwulst sass an der Zungenbasis und war pflaumengross. Wurde durch Operation entfernt. Kein Recidiv nach fast 2 Jahren. Mikroskopie: Struma der Schilddrüse von in den verschiedenen Theilen etwas wechselndem histologischen Bau. E. SCHMIEGELOW.

43) **G. Máthé. Zwei Fälle von Angina mit eigenthümlichem Verlauf.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1905.*

In beiden Fällen trat ein exsudatives Erythem hinzu. v. NAVRATIL.

44) **A. de la Chapelle** (Finland). **10 Fälle von acuter diffuser Peritonitis im Anschluss an Angina. (10 Fall af akut diffus Peritonitis i anslutning tie Angina.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. p. 508. 1904.*

In der Discussion, die auf den Vortrag folgte — sein Inhalt ist im Titel wiedergegeben — theilte A. Tollet verschiedene Complicationen mit, die er bei einer zur Zeit in Helsingfors herrschenden Anginaepidemie beobachtet hat, nämlich 13 Fälle von Otitis, 1 mit hämorrhagischer Nephritis, 2 mit Gelenkrheumatismus, 1 mit Peritonitis und 2 mit Kehlkopfabscess. E. SCHMIEGELOW.

45) **Luzzatto** (Triest). **Zwei Fälle von Vincent'scher Angina. (Due casi di Angina di Vincent.)** *Sezione Veneta d. Società Ital. di Pediatria. 14. Januar 1905.*

In beiden Fällen war die Affection einseitig; nach 3—4 tägigem fieberhaftem Verlauf verkleinerte sich die Ulceration und verschwand dann völlig. Die Untersuchung des Exsudats ergab den typischen Befund. Die Spirillen zeigten grosse Beweglichkeit, während diese den fusiformen Bacillen fehlte. Culturversuche blieben negativ. Derselbe bacterielle Befund ergiebt sich in cariösen Zähnen gesunder Menschen und bei gewissen Formen von Stomatitis ulcerosa. Möglicher-

weise handelt es sich bei der Vincent'schen Angina nur um eine besondere Localisation der Stomatitis ulcerosa. FINDER.

46) **Samuel Rona. Zur Prioritätsfrage Vincent-Plaut.** *Orvosi Hetilap. No. 17. 1905.*

Rectificirt auf Ersuchen Vincent's seine Aeusserung, welche er in einem Artikel veröffentlichte: Vincent gebührt die Priorität bezüglich der nach ihm benannten Krankheit und der betreffenden Mikroben — und nicht Plaut.

v. NAVRATIL.

47) **G. Máthé. Fall von Angina Vincenti ulcerosa.** *Orvosi Hetilap. No. 25. 1905.*

Im November und December 1904 zu wiederholten Malen Angina follicularis mit langer Heilungsdauer. Vor 9 Tagen, am 19. Januar wieder Halsschmerzen ohne Fieber. Auf der linken Tonsille Follikel, dann um je zwei Follikel zwei linsengrosse Geschwüre: Die mikroskopische Untersuchung ergab Vincent'sche Bacillen und Spirillen. v. NAVRATIL.

48) **Karl Morian** (Essen a. d. Ruhr). **Stomatitis ulcerosa und Angina Vincenti.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1905.*

Morian berichtet über 4 Fälle bei Kindern, in denen die Vincent'schen spindelförmigen Stäbchen und Spirillen eine ulceröse Stomatitis mit Localisation auf der Schleimhaut des Mundes hervorgerufen, während die Tonsillen mehr weniger verschont blieben, und erörtert das klinische Bild, Diagnose und Differentialdiagnose. HECHT.

49) **F. Reiche** (Hamburg-Eppendorf). **Die Plaut-Vincent'sche Angina.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1905.*

Eingehender Bericht über 25 Fälle obiger Affection, die in den letzten 3 Jahren im allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf zur Beobachtung kamen. Kritische Besprechung der klinischen Erscheinungen und des bakteriologischen Befundes, die sich zu kurzem Referat nicht eignet. HECHT.

d. Diphtherie und Croup.

50) **Schiffers. Retropharyngeale Adenophlegmone und Diphtherie. (Adenophlegmone pharyngien et diphthérie.)** *Archiv. Internat. d. Laryngologie. No. 9. 1904.*

Beide Erkrankungen traten bei demselben Individuum gleichzeitig auf und gingen in Heilung über. E. J. MOURE.

51) **A. Vallana. Ueber Kehlkopf-Lungencomplicationen bei Nasendiphtherie. (Sulle complicazioni laryngo-pulmonari nella difterite del naso.)** *Sezione Piemontese della Società Ital. di Pediatria. 3. December 1904.*

Bericht über den Fall eines 11 Monate alten Mädchens, bei dem von einer primären Nasendiphtherie aus die Infection sich über die oberen Luftwege weiter verbreitete und zum Tode führte. Es fand sich bei der Section ausser den Mem-

branen auf den Tonsillen, auf der Hinterfläche des Gaumensegels, dem Nasenrachen auch eine Bronchopneumonie. Die bakteriologische Untersuchung der Lungenherde ergab den Pneumococcus.

FINDER.

52) **Albert Uffenheimer** (München). **Ein Beitrag zum Capitel der Nasendiphtherie (Nasendiphtheroid bei Scharlach).** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1905.*

Ausführlicher Bericht über einen Fall von letal endigendem Scharlach bei einem dreijährigen Knaben, der durch eine eitrige, membranöse Rhinitis complicirt war. In vivo liessen sich sowohl in dem Nasensecret, wie in den Membranen nur Streptokokken, keine Löffler-Bacillen nachweisen; die spärlichen Löffler-Bacillen, die sich in Culturen fanden, die von — bei der Autopsie entnommenen — Nasenmembranen aufgingen, dürften nur die Bedeutung von Saprophyten haben. Die klinisch-differentialdiagnostisch schwer zu entscheidende Nasenaffection war „als ein Theil der Scharlacherkrankung zu betrachten und auf die ausserordentlich zahlreich und fast allein vorhandenen Streptokokken zurückzuführen". Autor empfiehlt für diese membranöse Nasenschleimhaut-Erkrankung die Bezeichnung „Nasendiphtheroid bei Scharlach". Bezüglich Details muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

53) **Wm. R. Cubbins** und **Walter H. Buhlig. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie mit diphtheritischer Gastritis und Status lymphaticus. (A case of laryngeal diphtheria with diphtheritic gastritis and status lymphaticus.)** *Transactions of the Chicago Pathological Society. 10. April 1905.*

Der plötzliche Tod des Patienten wird auf den Status lymphaticus zurückgeführt.

EMIL MAYER.

54) **Hj. Wennerberg** (Gothenburg). **Ueber den Einfluss der Serumtherapie auf die Mortalität bei Diphtherie und Croup in Gothenburg. (Om serumterapiens inflytande paa mortaliteten i difteri och strypsjuka i Göteborg.)** *Hygiea. 1905.*

Der Verf. zeigt in dieser statistischen Arbeit, dass die Serumtherapie die Mortalität bei den oben genannten Krankheiten bedeutend vermindert hat.

E. SCHMIEGELOW.

55) **Courmont** (Lyon). **Ueber den Ersatz der subcutanen Injectionen durch intravenöse, um Folgeerscheinungen der Serumtherapie zu vermeiden. (De la substitution des injections intraveineuses aux injections souscutanées pour éviter les accidents post-sérotherapeutiques.)** *Société médicale des hôpitaux. 9. Juni 1905.*

Verf. versichert, dass die intravenösen Seruminjectionen ohne jede Gefahr sind, denn das Blut sei viel weniger empfänglich für pyogene Infectionen, als das Unterhautzellgewebe. Selbst die Einführung einiger Luftbläschen in die Venen sei ganz ungefährlich.

PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

56) **W. L. Wilson. Laryngeale Complication des Typhus-Fiebers. (Laryngeal complication of typhoid fever.)** *Michigan State Medical Journal. September 1904.*

Bericht über drei Fälle. In zwei Fällen erfolgte der Tod in Folge Perichondritis; im dritten handelte es sich um Larynxödem. In diesem trat nach Scarification Heilung ein. EMIL MAYER.

57) **Thomas J. Quinlan. Halscomplicationen bei Typhus. (Throat complications in typhoid.)** *The Laryngoscope. Januar 1905.*

Verf. hat in seiner Praxis 6 Fälle von posttyphöser Kehlkopfstenose beobachtet: vier betrafen männliche Patienten im Alter von 12, 29, 33 und 41 Jahren, zwei Frauen von 20 und 34 Jahren. Die Stenose trat stets in der Reconvalescenz auf und alle Fälle endeten tödtlich. Es waren keine Prodromalerscheinungen vorhanden ausser Heiserkeit; in 6—18 Stunden folgte leichte Dyspnoe, die sich allmählich bis zur Cyanose steigerte. Intubation wurde in 4 Fällen versucht, jedoch ohne Erfolg. Später schritt man zur Tracheotomie und zwar in vier Fällen unter Cocainanästhesie, in zwei in Chloroformnarkose. Bei drei der Operirten schien die Stenose überwunden zu sein, jedoch gingen sie an Sepsis zu Grunde. Zwei, die sich bereits in extremis befanden, als sie operirt wurden, starben kurze Zeit nach der Eröffnung der Trachea. In fünf Fällen gelang es, das Larynxinnere mit dem Kehlkopfspiegel zu sehen, man fand jedoch nur geringfügige Veränderungen, Schwellung und einige Schleimhautekchymosen. In der Hälfte der Fälle, d. h. in drei, fand sich nur ein starker subacuter Katarrh des Larynx, in den andern konnte eine doppelseitige Abductorparese constatirt werden. EMIL MAYER.

58) **Richard H. Johnson. Die Kehlkopfcomplicationen bei Typhus. (The laryngeal complications of typhoid fever.)** *N. Y. Medical News. 3. Juni 1905.*

Wo irgend welcher Verdacht besteht, sollte von Zeit zu Zeit der Kehlkopf untersucht werden. In der Mehrzahl der Fälle genügt eine exspectative Behandlung, nur ein milder Spray einer öligen Kampherlösung sollte gebraucht werden. Wo bereits Perichondritis oder Geschwürsbildung entstanden ist, müssen energische Maassnahmen Platz greifen; besonders zu empfehlen ist Adrenalinspray und Eisschlucken. Bei Stenosenerscheinungen soll sofort tracheotomirt werden. Wo als Folgeerscheinung Adhäsionen im Larynx sich gebildet haben, muss die Tracheotomiecanüle unbestimmt lange getragen werden. Verf. weist eindringlich auf die Wichtigkeit einer von Zeit zu Zeit vorgenommenen laryngoskopischen Untersuchung beim Typhus hin. LEFFERTS.

59) **R. Landesberg. Beitrag zur Diagnostik der Tuberculose und Lues des Kehlkopfes.** *Wiener klin. Rundschau. No. 28. 1905.*

Besprechung eines Falles von Lues des Larynx, der längere Zeit für Tuberculose gehalten wurde. 30proc. Wasserstoffsuperoxyd, unverdünnt auf Kehlkopfgeschwüre gebracht, wirkt schmerzstillend und heilend. O. CHIARI.

60) **C. H. Theisen. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopfsyphilis. (An unusual case of laryngeal syphilis.)** *Albany Medical Annals. Juli 1905.*

Im Anschluss an seinen Fall, der die Tracheotomie erforderlich machte, erörtert Verf., wann diese und wann die Intubation angebracht ist. Letztere hält er besonders nützlich, wenn die Stenose noch keinen extremen Grad erreicht hat und wenn sie durch Verdickung und Infiltration der Stimm- und Taschenbänder bedingt ist. Ist dagegen die Stenose eine sehr hochgradige oder bestehen membranöse Verwachsungen zwischen den Stimmbändern, die nur eine schmale Oeffnung lassen, so ist es gerathen, zunächst die Tracheotomie zu machen, um dann von unten her die Strictur zu dilatiren. Die besten Chancen bietet die Tracheotomie mit nachfolgender Laryngofissur, wenn die Glottis durch viel Narbengewebe verengt wird.

EMIL MAYER.

61) **Francis R. Packard. Syphilitische Erscheinungen in Kehlkopf und Trachea. (Syphilitic manifestations in the larynx and trachea.)** *The Laryngoscope. August 1905.*

Verf. hebt hervor, wie ausgezeichnet sich in manchen Fällen von Narbenbildung im Kehlkopf die Fähigkeit zu phoniren wiederherstellt. Es handelt sich um eine compensatorische Thätigkeit, durch die oft grosse Gewebsverluste ausgeglichen werden.

EMIL MAYER

62) **L. Revol. Die tertiäre Kehlkopfsyphilis; eine klinische Studie. (La syphilis tertiaire du larynx, étude clinique.)** *Thèse de Lyon. 1905.*

Eine treffliche von Garel angeregte Arbeit. Es werden nur die eigentlichen Kehlkopfaffectionen behandelt, ohne Berücksichtigung der nervösen Störungen, wie Lähmungen etc. Symptomatologie, Diagnose, alle vorkommenden Complicationen der veschiedenen Formen von tertiärer Kehlkopfsyphilis, wie Gummi, Infiltrationen, Perichondritiden, Ulcerationen etc. werden abgehandelt. Den Schluss bildet ein sehr ausführliches Literaturverzeichniss.

R. CARTAZ.

63) **N. B. Carson. Laryngectomy. (Laryngectomie.)** *Interstate Medical Journal. Juli 1904.*

Von 3 Fällen, bei denen die Laryngectomie vorgenommen wurde, starb der eine am 8. Tag, ein anderer 4 Monate nach der Operation in Folge Hitzschlag.

EMIL MAYER.

64) **D. Bryson Delavan. Primäres Epitheliom der Epiglottis. (Primary epithelioma of the epiglottis.)** *N Y. Medical Record. 6. Mai 1905.*

Pat. war ein 62 jähriger Mann. Die Operation — ausgeführt von Hajek in Wien — bestand in der Excision mittels der Krause'schen Zange. Der Fall bietet in mancher Hinsicht Interesse, erstlich weil Carcinome der Epiglottis verhältnissmässig selten sind, ferner weil hier die Erkrankung von ihren ersten Anfängen an beobachtet wurde und man ihr Fortschreiten von einem Stadium zum andern studiren konnte. Bemerkenswerth war auch das Verhalten der Umgebung der Geschwulst: Lange Zeit hindurch war nicht die geringste Tendenz einer Aus-

breitung über die Grenzen der Geschwulstbasis hinaus zu constatiren. Die Entfernung gelang ausgezeichnet; nach fast zwei Jahren war kein Recidiv aufgetreten.

Das Studium dieser und analoger Fälle führt, wie Verf. weiter ausführt, zu der wichtigen Annahme, dass bei gewissen Localisationen des Carcinoms die Lymphdrüsen nicht frühzeitig afficirt zu sein brauchen. Infolgedessen kann frühzeitige Excision des Krankheitsherdes definitive Heilung zu Folge haben. In die Praxis übertragen hat diese Theorie bei den intralaryngealen Carcinomen oft zu Erfolgen geführt, indem frühzeitige Diagnose und Operation hier, wie die Erfahrungen zahlreicher Chirurgen ergeben, mannigfache Heilungen ergeben haben.

LEFFERTS.

65) **Patel** (Lyon). **Carcinom des Larynxinnern. (Cancer intrinsèque du larynx).** *Société de médecine de Lyon. 10. Juli 1905.*

Ein 65 jähriger Mann wurde im Zustand der Dyspnoe eingeliefert. Er starb trotz sofort vorgenommener Tracheotomie nach wenigen Augenblicken. Bei der Autopsie fand man die ary-epiglottischen Falten infiltrirt, die Epiglottis war verschwunden, das Larynxinnere so verengt, dass kaum eine Sonde passiren konnte. Der Tumor war nicht über das Larynxinnere hinausgegangen.

PAUL RAUGÉ.

66) **Z. v. Lénárt. Totalexstirpation des Larynx wegen Krebs.** *Orvosi Hetilap. No. 20. 1905.*

Kraterförmiges Geschwür bei einem 42jährigen Manne, unter und am rechten Stimmbande. Probeexcion ergab verhorntes Epithelialcarcinom. Am 11. April 1904 nach praevent. Tracheotomie Resection der rechten Larynxhälfte. Wegen Recidive am 5. Januar 1905 Totalexstirpation. Der Pharynx wurde mit Knopfnähten vollständig verschlossen. Verschluss des Trachealstumpfes durch Ausschälen des obersten Trachealringes und Vernähung desselben über der auf diese Art freigelegten Trachea. Der an Stelle des Kehlkopfes entstandene Defect wurde mit einer plastischen Operation geschlossen. Nahrungsaufnahme geschieht ungestört. Krankenvorstellung 6. Mai 1905.

v. NAVRATIL.

67) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Bemerkungen zur Thyreotomie.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1905.*

Bezüglich der Indication zur Thyreotomie stellt Autor den Satz auf: „Die Thyreotomie ist jedes Mal dann erforderlich, wenn die Resection des Kehlkopfinnern einen grossen Umfang erreichen muss, wobei es an sich ganz gleichgültig ist, ob das zu entfernende Gewebe maligner oder benigner Natur ist.“ Als Betäubungsmittel empfiehlt Löwe die Schleich'sche Infiltrations-Anästhesie und für das Kehlkopfinnere Cocaïn-Anästhesie. Zur Abdichtung der Zunge hat sich die Trendelenburg'sche Balloncanüle nicht bewährt; die Hahn'sche Pressschwammcanüle ist besser, hat aber auch ihre Fehler. Ausschliesslich weitere technisch-operative und -postoperative Erörterungen.

HECHT.

68) **Franz Kuhn** (Kassel). **Perorale Tubage mit und ohne Druck.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1905.*

Autor erörtert die Vorzüge der peroralen Intubation und pulmonalen Narkose

und bespricht deren Indication: „In allen Fällen blutiger Operationen am Gesichte und insbesondere Mundhöhle, Nase, Rachen, Zunge und Kiefer“ erleichtert sie die Narkose, verhindert Einfliessen von Blut in die Luftwege und verhütet Würgen und Erbrechen. Besonders indicirt ist die perorale Tubage in „Fällen von sogenannter schlechter Narkose oder Pressnarkose“, „bewährt sich ganz besonders im Kampfe gegen die verschiedenen Formen der Asphyxie“ und ist für die sogenannte Ueberdrucknarkose besonders geeignet. Autor empfiehlt diese Narkosenform, bezüglich deren Details er auf seine frühere Arbeiten verweist, auch dem Laryngologen bei schwierigeren Eingriffen im Bereiche der Nase und des Rachens.

HECHT.

69) **Paul Reich** (Berlin). **Intubation mit Celluloidtuben.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 26. 1905.*

Reich empfiehlt Celluloidtuben zur Intubation, die unter den am meisten gebräuchlichen Tuben das geringste Gewicht besitzen, eine spiegelglatte, resistente Politur aufweisen und möglichst weite Lichtung haben. Die an der Universitäts-Kinderklinik in München mittels dieser Tuben angestellten Versuche führten zu befriedigenden Resultaten.

HECHT.

70) **Jakob Skála** (Schüttenhofen). **Primärer Luftröhrenabscess, Luftröhrenschnitt, Heilung.** *Wiener klin. Rundschau. No. 41 u. 42. 1904.*

Bei einem 14 jährigen Mädchen traten vor 8 Tagen plötzlich ohne nachweisbare Ursache Athembeschwerden ein. Da der Larynx normal war, wurde eine Verengung der Trachea angenommen. Nachdem Jodkali scheinbar Erfolg hatte, setzte plötzlich hohes Fieber mit Schüttelfrost ein und es musste wegen hochgradiger Dyspnoe rasch tracheotomirt werden. Im oberen Antheile der Trachea an der hinteren Wand fand sich eine mit einer croupösen Membran bedeckte weiche Geschwulst, nach deren Eröffnung gelber Eiter sich entleerte. Ein Fremdkörper wurde nicht gefunden. Der Autor nimmt einen primären Streptokokkenabscess der Trachea ein.

HANSZEL-CHIARI.

71) **Richard Hoffmann** (Dresden). **Ein Fall von isolirtem primären Carcinom der Trachea.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1905.*

Der Patient starb bei Beginn der Operation; die Sectionsdiagnose lautet: „Carcinom der Luftröhre, Kropf. Seitliche Zusammendrückung der Luftröhre. Bestehenbleiben der Thymusdrüse. Fettherz. Offenes Foramen ovale. Acute venöse Stauung besonders in den Lungen. Tod durch Erstickung.“ Der „reichlich haselnussgrosse, kleinhöckrige, fast weisse Tumor“ sass breitbasig der rechten Seitenwand der Trachea auf, „reichte vom ersten bis zum vierten Trachealknorpel und füllte die Trachea fast ganz aus“. Mikroskopische Untersuchung ergab Cylinderepithelcarcinom.

HECHT.

72) **O. Chiari** (Wien). **Eine Zange zur Exstirpation harter Wucherungen des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 15. H. 2. S. 370.*

Beschreibung und Abbildung des von Reiner (Wien) angefertigten Instrumentes.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

73) **Stegmann** (Wien). **Die Behandlung des Kropfes mit Röntgenstrahlen.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte, Sitzung vom 23. Juni 1905.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1905.*

Ermuthigende Erfolge bei einem Adenocarcinom, Morbus Basedowii und 13 parenchymatösen Strumen.

CHIARI.

74) **A. Flesch** und **M. A. Winternitz** (Budapest). **Ueber die Teratome der Schilddrüse und deren operative Behandlung.** *Orvosi Hetilap. No. 9, Gyermekgyógyászat. No. 1. 1905.*

Mittheilung von zwei Fällen angeborenen Kropfes, bei welchen fremde Formelemente, Knorpel oder andere Gewebe in der Schilddrüse vorgefunden wurden, welche also zu den wirklichen Teratomen gezählt werden müssen:

Fall I. 8 Monate altes Mädchen, hühnereigrosse Geschwulst vorne am Halse, Operation, glatte Heilung. Histologischer Befund: Grösstentheils Gliagewebe, darin viel Fett, Muskelfasern, mit Cylinderepithel ausgekleidete Cysten, Drüsenacini und Hyalinkorpel, alles dies in vielem faserigen hyalinen Bindegewebe eingebettet.

Fall II. 2 Monate altes Mädches, nussgrosse Geschwulst am Halse, Operation, Heilung per primam. Histologischer Befund: Hyalines faseriges Bindegewebe, in welchem stecknadelkopf- bis erbsengrosse hyaline Knorpelinseln eingebettet lagen, hier und da sind auch Schilddrüsenacini eingebettet, welche erweitert und mit Colloid ausgefüllt waren.

v. NAVRATIL-POLYAK.

75) **Charles M. Grandy. Medicamentöse Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen. (Medicinal treatment of affections of the thyreoid gland.)** *N. Y Medical News. 10. Juni 1905.*

Es giebt Schilddrüsen mit excessiver und solche mit geringer Secretion; beide können in der Regel durch den Puls unterschieden werden. Sind die Symptome nicht zu dringend, so soll man Schilddrüsenextract und Jod bei der letztgenannten Form, Ruhe und Blut thyreoidectomirter Thiere bei der ersten gebrauchen. Sind die Symptome dringender, so trete die chirurgische Behandlung in ihre Rechte.

LEFFERTS.

76) **Arthur R. Elliot. Fall von Morbus Basedow mit ungewöhnlichen Nebenerscheinungen. (Case of ophthalmic goitre with unusual associated symptoms.)** *N. Y. Medical Journal. 24. Juni 1905.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Patienten, der an Morbus Basedow, Diabetes, Nephritis, Mitralisinsufficienz und Rhinitis litt. Es wird versucht, einem möglicherweise bestehenden Zusammenhang zwischen diesen verschiedenen Krankheiten nachzugehen.

LEFFERTS.

77) **Alfred Alexander** (Berlin). **Zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidin Möbius.** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1905.*

Bericht über drei mit diesem Mittel erfolgreich behandelte Fälle und anschliessend epikritisch-therapeutische Bemerkungen.

HECHT.



78) **Robert Abbe. Morbus Basedow durch Radium gebessert. (Exophthalmic goitre reduced by radium.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Mai 1905.*

In die Struma wurde eine Oeffnung gemacht und in diese eine Radium enthaltende Tube eingelegt und dort 24 Stunden lang belassen. Nach Verlauf von vier Monaten war noch ein gewisser Grad von Tachykardie vorhanden; der Tumor war auf den sechsten Theil seiner einstigen Grösse reducirt. Verf. erörtert, ob der Erfolg auf Reduction des überschüssigen Gewebes oder durch einen Einfluss auf die Sympathicusganglien zurückzuführen sei. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

79) **De Witt Stetten. Die Sauerbruch'schen Versuche auf dem Gebiete der Speiseröhrenchirurgie. (The experiments of Sauerbruch in the field of oesophageal surgery.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Juni 1905.*

Verf. hat während eines halbjährigen Aufenthaltes in Breslau Gelegenheit gehabt, Sauerbruch bei seinen Versuchen mit dem pneumatischen Cabinet zu assistiren. Verf. hält den directen practischen Werth dieser Methode für gering, denn die Indicationen zu ihrer Anwendung sind sehr beschränkt, jedoch zeigen die Experimente, was bei Benutzung des pneumatischen Cabinets gemacht werden kann und die bisher gesammelten Erfahrungen eröffnen unendliche Möglichkeiten auf dem Gebiet der Chirurgie der Lungen, Pleura, des Mediastinum und des Diaphragma. LEFFERTS.

80) **John A. Wyeth. Oesophagotomie zur Entfernung falscher Zähne. (Esophagotomie tor the removal ot false teeth.)** *The Journal of the American Medical Association. 1. Juli 1905.*

Die Operation, deren ausführliche Beschreibung Verf. giebt, wurde 6 Wochen nach dem Verschlucken des Fremdkörpers ausgeführt. EMIL MAYER.

81) **J. Bravo** (Madrid). **Ein Beitrag zum Studium der äusseren Oesophagotomie. (Un dato para el astudio de la esofagotomia exterua.)** *Revist. Escola de Medicin. y Cirug. December 1903.*

Verf. führte die genannte Oesophagotomie bei einem 4jährigen Knaben aus, der ein 5 Centimes Kupfergeldstück verkschluckt hatte. Die Münze wurde in der Höhe des V. und VI. Halswirbels gefunden. Nach dem 20. Tage erfolgte vollständige Heilung. R. BOTEY.

82) **Desider v. Navratil. Ueber die operative Heilung der ösophago-trachealen Fisteln. Eine neue Oesophagusnaht.** *Orvosi Hetilap. No. 10, 11, 12. 1905.*

Verf. experimentirte an Hunden; er legte ösophago-tracheale Fisteln an und versuchte sie mittelst Nähten zu schliessen. Die Experimente waren mit bedeutenden Schwierigkeiten verbunden, da bei denselben Bronchopneumonie nur schwer zu vermeiden ist. Er führte bei einem Hunde eine Tracheofission aus, tamponirte nach oben die Trachea mit trockener Jodoformgaze und legte nach unten eine Canüle ein, nachher schritt er erst zur Anlegung der Fistel. Er versuchte sie zuerst mit einer Knopfnaht zu schliessen und dann die Oesophaguswunde mit

einer Tabaksbeutelnaht; kein Erfolg. Bei einem anderen Hunde vereinigte er zuerst die Oesophaguswunde mit einer Tabaksbeutelnaht, welche submucös geführt wurde, über dieselbe eine fortlaufende Muskelnaht; Heilung per primam. Später construirte Verf. einen Kautschukknopf, welcher die Communication zwischen Trachea und Oesophagus verhinderte; er schloss den Oesophagus mit erwähnter Naht, vereinigte auch die Trachealwunde; Heilung theils per primam, theils per granulationem. Ideale Resultate erzielte er, als er zwischen die beiden Nähte die Schilddrüse einklemmte.

E. v. NAVRATIL.

83) **Hermann Zahn** (Halle a. S.). **Ein Fall von Abknickung der Speiseröhre durch vertebrale Ekchondrose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1905.*

36jährige verheirathete Arbeiterin mit Stenoseerscheinungen im Oesophagus und ständigem Erbrechen des Genossenen. Bei Sondirung des Magens stösst man bei 39—40 cm auf einen Widerstand, den selbst dünne Sonden nicht passiren können. Gastrostomie, Exitus. Die Section ergab eine der Zwischenwirbelscheibe zwischen 8. und 9. Brustwirbel aufsitzende Geschwulst, eine $1^3/_4$ cm hohe und 1 cm breite Ecchondrose, die zu einer Abknickung der Speiseröhre und einer diffusen Erweiterung derselben — 23 cm lang vom unteren Rande des Ringknorpels ab gemessen — führte.

HECHT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Onodi. Die Nebenhöhlen der Nase.** Wien 1905. Alfred Hölder.

Die so ausserordentlich mannigfachen und zahlreichen Variationen, die uns die Anatomie der Nebenhöhlen der Nase darbietet, liessen es den Specialisten schon lange als ein Bedürfniss erscheinen, eine zusammenfassende Darstellung dieser anatomischen Verhältnisse zu besitzen, die bei der gegenwärtigen Ausbildung der Chirurgie dieser Theile in gleicher Weise praktisches wie theoretisches Interesse besitzen.

Der Herausgabe eines solchen Werkes standen aber zwei wesentliche Hindernisse entgegen; einmal war es ausserordentlich schwierig das anatomische Material in nur einigermaassen genügender Reichhaltigkeit zu beschaffen und zweitens bildeten die hohen Kosten, die die Herstellung der überaus zahlreichen Abbildungen verursachten und der dadurch bedingte hohe Preis des Werkes eine schwer zu überwindende Schwierigkeit.

Es ist Onodi gelungen in vieljähriger Arbeit, für die die zahlreichen im Laufe der Jahre erschienenen Einzelstudien Zeugniss ablegen, das ihm erforderlich scheinende Material zusammenzutragen mit einer derartigen Vollständigkeit, dass alle Abbildungen lediglich nach eigenen Präparaten gefertigt werden und von jeder Zuhülfenahme fremder Abbildungen gänzlich abgesehen werden konnte. An der Beseitigung der zweiten Schwierigkeit betheiligte sich die Königl. ungarische Akademie der Wissenschaften, deren Unterstützung es ermöglicht hat, das umfangreiche Bilderwerk zu drucken und für den niedrigen Preis von nur 20 Mark in den Handel zu bringen.

Das Werk besteht aus den Abbildungen von 124 anatomischen Präparaten nebst dazu gehöriger kurzer Beschreibung; die meisten Bilder sind in Zincographie nach Photographien dargestellt, bei einigen wenigen ist Holzschnitt gewählt worden.

Die Abbildungen sind sämmtlich in natürlicher Grösse dargestellt. Zuerst stellt Onodi die Verhältnisse der Nebenhöhlen und ihrer Ausführungsgänge zueinander und zu den Nachbargebilden (Nasenhöhle, Auge, Gehirn etc. etc.) auf 57 Sagittalschnitten dar, die er in den verschiedensten Ebenen geführt hat; besonders zahlreich sind die Präparate, welche die Lage der Stirnhöhle und der neben ihr gelegenen Zellen des vorderen Siebbeinlabyrinthes — der Frontal- und der Orbitalzellen — demonstriren. Es folgen dann 31 Frontalschnitte, sodann 13 Horizontalschnitte, für die O. den nicht ganz üblichen und wohl auch nicht gleich verständlichen Ausdruck Querschnitte gebraucht; dann folgt eine Tafel, auf der die Nebenhöhlen am trockenen Schädel sämmtlich geöffnet erscheinen. Auf den folgenden Tafeln sind die Nebenhöhlen nach der von Killian angegebenen Methode der Härtung der Nebenhöhlenschleimhaut durch Injection von 10proc. Formollösung und Abtragung der Knochenschale dargestellt, es folgen dann einige Röntgenaufnahmen, darunter zwei mit Einführung von Metallsonden in die Stirnhöhle des Lebenden und zuletzt auf 8 Tafeln eine kurze Darstellung der üblichen Operationen.

Besonderes Gewicht ist auf die genauen Grössenmaasse der einzelnen Höhlen gelegt, bei den meisten Präparaten finden sich ausführliche, dieselben betreffende Angaben, ferner auf die Darstellung der Siebbeinzellen, auf das Vorkommen und die Lage der „Muschelzellen", die O. auch in der oberen Muschel beobachtet hat, auf die Lage des Sehnerven zu den Nebenhöhlen etc. etc.

Einige Bilder sind etwas schwierig zu verstehen und bedürfen sorgfältigen Studiums.

Die Ausstattung des Werkes entspricht dem Rufe der rühmlichst bekannten Verlagshandlung. P. Heymann.

---

b) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XIII. Versammlung in Arnheim, 28. April 1905.

(Der ausführliche Sitzungsbericht erscheint in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde.)

Vorsitzender: Moll, später Zwaardemaker.

Nach einem tiefgefühlten Nachruf an die verstorbenen Mitglieder Prof. Guye und Docent Brondgeest, erinnert Herr Moll an die unvergesslichen Tage der Garcia-Feier und sagt herzlichen Dank der Laryngological Society of London für den unseren Delegirten bereiteten trefflichen Empfang.

In Sachen der Stellung unserer Specialität auf internationalen medicinischen Congressen spricht sich die Versammlung einstimmig dahin aus, dass sie sich mit zwei selbstständigen Sectionen (Otologie, Laryngologie), gleichfalls mit einer com-

binirten Section (Abtheilung für Otologie, Abtheilung für Laryngologie) einverstanden erklären könne, jede Combination mit der Stomatologie aber ablehnt.

I. H. J. L. Struycken und F. H. Quix: Die Bestimmung der Hörschärfe für Knochenleitung.

II. H. Burger (Amsterdam): Die staatliche Enquête nach der Häufigkeit der adenoiden Wucherungen bei Schulkindern (Rapport).

Die von der Niederländischen Regierung Ende 1903 veranlasste und den Lehrern aufgetragene Erhebung nach der Häufigkeit der adenoiden Wucherungen in den Schulen, hat ergeben, dass unter 800000 Schulkindern 6 pCt. die äusseren Zeichen der adenoiden Vegetationen aufwiesen.

B. bespricht ausführlich die Art und Weise, in welcher eine Adenoid-Statistik gemacht werden soll. Als Grundlage kann die Digitaluntersuchung, besser aber die Rhinoscopia anterior et posterior dienen. Elf sämmtlich auf örtlicher Untersuchung beruhende, zusammen 13283 Kinder umfassende Statistiken ergaben eine Adenoidfrequenz von 30,2 pCt.

Bloss auf äussere Merkmale sich stützende 8 Erhebungen ergaben zusammen 6 pCt.

Ausführlich bespricht B. den Werth der äusserlichen Adenoidsymptome. Als Grundlage einer Statistik sind dieselben durchaus ungenügend. Indessen hat die staatliche Enquête den erfreulichen Erfolg bereits gehabt, dass in breiten Lehrer- und Laienkreisen ein reges Interesse für die schädlichen Folgen der adenoiden Vegetationen wachgerufen worden ist.

Discussion:

Struycken fragt, ob in den verschiedenen Statistiken zwischen Entzündung des adenoiden Gewebes und einfacher Hyperplasie der Pharynxtonsille unterschieden worden ist.

Zaalberg hat zusammen mit Herrn ten Cate eine Schuluntersuchung in Amsterdam gemacht. Dieselbe umfasst die 500 Schüler einer Volksschule. Von den Knaben waren 32 pCt., von den Mädchen 34 pCt. mit Adenoiden behaftet. Von den 67 guten Schülern (Knaben) hatten 14 pCt. Adenoiden schweren Grades, von den mässigen Schülern 17 pCt., von den schlechten Schülern 21 pCt. Aehnliches bei den Mädchen: von den guten Schülerinnen hatten 4,3, von den mässigen 14,5, von den schlechten 24,5 pCt. Adenoiden schweren Grades.

van Dam van Isselt vertheidigt die Bedeutung der Lehrer-Statistik.

ter Kuile fragt, bei wie vielen der gefundenen 30 pCt. Adenoiden die Operation angezeigt gewesen.

Posthumus Meyjes meint, es soll zwischen Hyperplasie der Pharynxtonsille und adenoiden Vegetationen unterschieden werden. Den leichtesten Grad der vom Referenten angenommenen drei Grade von Adenoiden, wo bei der Rhinoscopia posterior die Geschwulst bis zu den Choanalbogen reicht, betrachtet er nicht mehr als pathologisch.

Burger antwortet, dass nahezu alle späteren Autoren adenoide Vegetationen mit Hyperplasie der Rachentonsille vollständig identificiren. Der leich-

teste Grad, wo bei der Rhinoscopia posterior die Rachenmandel bis an den oberen Choanenrand reicht, soll ganz sicher als pathologisch betrachtet werden. Bei dieser Untersuchung, wo man gleichsam an der Geschwulst entlang schaut, scheint dieselbe viel kleiner als sie wirklich ist. Dann wendet er sich ausführlich gegen die Einwände des Herrn van Dam van Isselt.

Moll stimmt dem Referenten durchaus bei, dass im Allgemeinen die Diagnose ohne locale Untersuchung unmöglich ist.

III. J. C. Henkes (Amsterdam): Vorstellung eines Patienten mit Keratosis laryngis circumscripta.

Ein 13 jähr. Mädchen kommt wegen Heiserkeit in Behandlung. Die Heiserkeit hat sich seit dem 6. Jahre allmälig ausgebildet. An den Schleimhäuten finden sich leichtgelbe Wucherungen, welche von beiden Seiten theilweise ineinander greifen. Ausserdem leidet Patientin an Psoriasis universalis.

IV. Th. E. ter Kuile (Enschede): Demonstration von Spiegeln zur Endolaryngoskopie.

Ausser dem gewöhnlichen Kehlkopfspiegel benutzt E. K. zur Besichtigung der hinteren Wand einen zweiten Spiegel, der in den cocainisirten Larynx eingeführt wird.

V. A. C. H. Moll (Arnheim): Ueber methodische Hörübungen bei Taubheit.

VI. H. F. Minkema (Utrecht): Ueber den Gebrauch von Wörtern mit Doppelvocalen bei der Hörschärfebestimmung.

VII. P. Th. L. Kan (Leiden): Fremdkörper in der Nase eines Patienten mit tertiärer Lues.

In Folge tertiärer Lues ist die Nasenscheidewand vollständig, der knöcherne Gaumen theilweise destruirt worden. K. entfernt aus der Nase eine in fötider Materie eingebettete Gummi-Prothese, welche zur Abschliessung des Gaumendefectes gedient hat, welche aber 1881 vermisst worden und somit 24 Jahre lang in der Nase verweilt hat. H. Burger.

---

c) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

33. Sitzung vom 22. Februar 1905.

Vorsitzender: Jörgen Möller.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. Jörgen Möller: Demonstration von Dr. Beck's Compressed-Air-Healer.

Der betreffende Apparat, der zur Heissluftbehandlung dient, ist sehr handlich: der Luftstrom passirt über eine kleine, längliche, von einem Metallmantel umgebene Glühlampe, welche mittelst einer Vorschaltlampe mit dem Strassenstrom in directe Verbindung gesetzt wird.

II. Jörgen Möller: Ein Fall von Prolapsus ventriculi laryngis. Wird später in extenso veröffentlicht.

III. Wald. Klein: Grosser Kehlkopftumor ohne wesentliche subjective Beschwerden.

Von der hinteren Hälfte des rechten Ventriculus Morgagni ragt eine bohnengrosse, glatte, röthliche Geschwulst hervor, welche die Stimmritze fast verdeckt; sie ist etwas plattgedrückt und bewegt sich bei kräftiger Respiration um seine Längsachse, so dass sie etwas mehr Raum gewährt. Das Aussehen ist zunächst das eines weichen Fibroms.

Kiär, Bentzen, Möller und Nörregaard halten die Diagnose Cancer für ganz unzweifelhaft, indem bedeutende Infiltration der ganzen rechten Kehlkopfhälfte besteht, ferner ausgesprochenes entzündliches Aussehen und Immobilisation der rechten Stimmlippe.

IV. Sophus Bentzen: Fall von syphilitischer Verwachsung des weichen Gaumens mit der Schlundwand.

Der Rand des Gaumensegels war mit der Schlundwand fast überall verwachsen. Der Patient, der vor 19 Jahren Syphilis gehabt, hatte von der Verwachsung keine Ahnung.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

34. Sitzung vom 29. März 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Einige Fälle von seltenen Rachenleiden.

A. Zwei Fälle von primärem Krebs des Nasenrachenraumes.

1) Ein 43jähriger Mann mit linksseitiger Abducensparalyse und anfallsweisen Kopfschmerzen bot Zeichen eines Keilbeinhöhlenleidens dar, weshalb die Vorderwand der Höhle resecirt wurde. Kurz nachher am Rachendach eine geschwürige Neubildung und Drüsenschwellungen; Syphilis ausgeschlossen. 2) Bei einem 27jährigen Mann wurde wegen linksseitiger Schwerhörigkeit eine Schwellung am hinteren Ende der linken unteren Muschel abgetragen; ein halbes Jahr nachher linksseitige Kopfschmerzen und beschränkte Beweglichkeit des linken Kiefergelenks. Im Nasenrachenraume fand man eine Geschwulst, die sich mikroskopisch als ein Carcinom zeigte.

B. Spindelzellen-Sarkom im Rachen. — Operation. — Heilung.

Die hühnereigrosse, breit aufsitzende Geschwulst wurde im Juni 1903 mittelst Glühschlinge entfernt. Kein Recidiv. Patient wurde vorgestellt.

C. Multiple Lymphosarkome im Schlunde.

Bei einer 68jährigen Wittwe beträchtliche Schlingbeschwerden, die Gaumenmandeln beträchtlich vergrössert, ausserdem war der Schlund von ähnlichen Geschwülsten ausgefüllt, welche theils vom Zungengrunde, theils von den Seiten-

wänden ausgingen; grosse Drüsenschwellungen am Halse. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Gaumenmandeln gab als wahrscheinliche Diagnose Lymphoma malignum. Nach Einspritzungen von kakodylsaurem Natrium Besserung, es trat aber eine Arsendermatose auf; alsdann wurde Röntgenbehandlung instituirt und zwar mit glänzendem Erfolge.

Discussion: Jörgen Möller, Schmiegelow, Grönbech.

II. K. Nörregaard: Demonstration eines Patienten mit Syphilis nasi, palati et proc. alveolaris.

III. Grönbech: Demonstration eines Patienten mit acuter Laryngitis und Retropharyngealabscess.

Ausserdem otologische Mittheilungen.

35. Sitzung vom 29. April 1905.

Vorsitzender: A. Grönbech.
Schriftführer: Sophus Bentzen.

I. Grönbech las ein Dankschreiben von Manuel Garcia vor.

Uebrigens nur otologische Mittheilungen.

Jörgen Möller.

---

d) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1905.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Kahler.

1. Glas stellt einen 25jährigen Patienten mit Angina ulcero-membranacea (Plaut-Bernheim-Vincent) vor.

In der Discussion erwähnt Heindl, dass er einen ähnlichen Fall sah, in dem jedoch nur Streptotrichaeen gefunden wurden; Weil verweist auf eine Arbeit von Uffenheimer, dem es gelungen ist, den Bacillus fusiformis in sterilem menschlichen Speichel zu züchten.

2. Glas demonstrirt histologische Präparate von einem Adenom der Uvula und von Russel'schen Körperchen in einem Nasenpolypen, welches Vorkommen Roth gleichfalls hier und da in hypertrophischer Nasenschleimhaut gesehen hat.

Sitzung vom 1. Februar 1905.

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Kahler.

Kahler stellt einen Patienten mit doppelseitiger Tonsillarsklerose vor.

Kofler demonstrirt einen Fall von Staphylitis acuta mit Membranbildung, in welchem die Uvula bis zu 6 cm und auf Daumendicke vergrössert war. Aetiologisch glaubt K. an Influenza.

Discussion: Roth möchte Diphtherie nicht ausschliessen, wogegen nach Chiari der Verlauf spricht (in dem Belage liessen sich keine Diphtheriebacillen nachweisen).

Stein stellt einen 29jährigen Mann mit einer angeborenen diaphragmaartigen Membran im Nasenrachenraum vor. Die Membran dacht vom Fornix pharyngis in den Nasopharynx ab, liegt also hinter der Choane, auch den Tubenwulst grösstentheils deckend. Die einzigen Beschwerden des Patienten beziehen sich auf das verminderte Hörvermögen.

Sitzung vom 1. März 1905

Vorsitzender: O. Chiari.
Schriftführer: Glas,

1. Harmer: Erysipel des Pharynx und Larynx.

Für die Diagnose waren maassgebend die ödematöse Schwellung, intensive Röthung, scharfe Abgrenzung und das Wandern des Processes, der sich im Anschlusse an eine Nasenoperation entwickelte.

Discussion:

Roth spricht über die Schwierigkeit einer Trennung zwischen Erysipel und Phlegmone.

Heindl beobachtete, dass die postoperativen Erysipele meist nach dem typischen Bilde verlaufen, während diejenigen in Folge anderer Entstehungsursachen eine ungünstige Prognose geben. Auch komme die Widerstandskraft des Patienten sehr in Betracht.

Fein spricht über die Differenzirung von Erysipel und Phlegmone in klinischer Hinsicht.

2. Harmer: Carcinom der rechten Stirnhöhle.

In diesem Falle dürfte das Carcinom von der Schleimhaut der Stirnhöhle ausgegangen sein und war vielleicht ein vorhergegangenes Trauma ätiologisch von Bedeutung.

3. Hanszel spricht über einen Fall von Zungentuberculose, den er 10 Jahre lang beobachtet. Im Anschlusse an eine Influenza schwoll die Zunge des 85jährigen Patienten bedeutend an und wurde der seit Jahren chronisch verlaufende Process florid. H. will später Sonnenbestrahlung anwenden.

4. Glas demonstrirt einen Fremdkörper, der aus dem linken Sinus piriformis von Harmer mittelst Oesophagoskopie entfernt wurde, sowie einen zweiten Fremdkörper (Kerzenbehälter), den er mittelst Larynx-Pincette aus der Trachea (2. Ring) eines 12jährigen Mädchens entfernt hatte.

5. Heindl stellt einen Fall von Rhinosklerom der Nase und des Nasenrachens vor, in dem ein grosses Erysipel vorübergehende Besserung verursachte. Wegen Aspiration der Nasenflügel wandte H. Weichparaffininjectionen an, die vollen Erfolg hatten.



Sitzung vom 5. April 1905.

Vorsitzender: Roth.

Schriftführer: Marschik.

Menzel demonstrirt einen Fall von doppelseitigem membranösen Verschluss der beiden vorderen Nasenöffnungen.

41jähriger Mann mit Sattelnase, der seit der Geburt „Mundathmer" ist und keine Veränderungen der Schleimhaut des Mundes, Rachens und Nasenrachenraumes aufweist. Die Synechie ist beiderseits 17 mm vom Introitus gelegen.

Discussion:

Harmer sah einen Fall von angeborenen knöchernem vollständigen Verschluss des Nasenrachenraumes.

Roth findet den vorgestellten Fall interessant in Bezug auf die Localisation des Verschlusses (Verwachsung auf pathologischer Grundlage in einem späteren Stadium der embryonalen Entwickelung), ferner in Hinsicht darauf, dass keine Schleimansammlung im Nasenrachenraum besteht, und schliesslich deswegen, weil in diesem Falle ein hoher, schmaler Gaumen ohne Leptoprosopie sich findet, was die Körner-Waldow'sche Theorie stützt.

Zu diesem Falle sprechen noch Weil und Fein gegen die Annahme der congenitalen Entstehung.

Heindl stellt einen Fall von Narbenbildung im Rachen vor, die von der Patientin auf einen im 5. Lebensjahre überstandenen Typhus, bei dessen Behandlung starke Aetzmittel in Anwendung kamen, zurückgeführt wurde.

Chiari erstattet Bericht über seine Anwesenheit bei der Garciafeier in London (Beifall).

Menzel demonstrirt ein anatomisches Stirnhöhlen-Präparat, wobei eine Stirnhöhle überaus gross ist und von der einen Incisura supraorbitalis bis zur anderen reicht und jene topographische Lage einnimmt, welche gewöhnlich beiden Stirnhöhlen zusammengenommen entspricht.

Discussion: Koschier und Hajek sprechen über ihre Beobachtungen von Asymmetrien der Stirnhöhlen.

Kahler demonstrirt eine Patientin mit Rhinosklerom, die mit Radium behandelt wurde.

Discussion: Grossmann spricht über seine Erfahrungen mit Radiumbestrahlung bei Kehlkopf- und Lungentuberculose, die bisher keine Erfolge hatte.

Fein zeigt ein Präparat eines Leiomyom vom hinteren Gaumenbogen.

Discussion: Glas verweist auf die Publication von E. Blanc und seine Fälle. Chiari erwähnt einen Fall von v. Schrötter, der ein Rhabdomyom, das unter den Stimmbändern sass, beschrieb.

Ruttin demonstrirt einen nach seiner Angabe hergestellten Schlingenschnürer, der geschlossen in die Nasenhöhle eingeführt, daselbst zu jeder Grösse geöffnet werden kann, und sich, geschlossen eingeführt, beim Oeffnen von selbst nach der Richtung abgebogen einstellt, die man vor der Operation bestimmt hat.

Das Instrument hat F. Eckard, Instrumentenmacher, Wien IX, Beethovengasse 4, hergestellt.

Sitzung vom 7. Juni 1905.

Kofler stellt einen Patienten vor, bei welchem es in Folge Caries einer oberen Schneidezahnwurzel unter anderem zur Perforation in den unteren Nasengang kam. Gleichzeitig bestand auch Abscessbildung des knorpeligen und knöchernen Septums.

Hajek spricht über einen Fall seiner Praxis, bei welchem eine eitrige Mittelohrentzündung durch die aus der Tuba in die Nasenhöhle hineingeflossene Eitermenge eine regelrechte Naseneiterung vortäuschen konnte. Erst nach mehrmaliger exacter Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die ganze Eitermenge, die sich in der Nase und dem Nasenrachen vorfand, aus der Tuba Eustachii kam. Nach der Radicaloperation hörte die Eiterung vollständig auf.

Chiari-Hanszel.

---

e) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. September 1905.

Katzenstein und du Bois-Reymond: Stimmphysiologische Untersuchungen.

K. und R. haben den bekannten Versuch Johannes Müller's mittels eines Gebläses am ausgeschnittenen Kehlkopfe Töne zu erzeugen, in etwas modificirter Anwendung auf das lebende Thier (Hund) übertragen.

Wurde der Kehlkopf, ohne dass die Nerven gereizt wurden, unter 20 cm Wasserdruck angeblasen, so hörte man ein Schwirren ohne Tonbildung; es fand also, trotzdem das Thier wach war, keine reflectorische Innervation des Kehlkopfes statt. Wurde dagegen während der Exspiration angeblasen, so kam öfters ein Ton zu Stande.

Wurden während des Anblasens (30—40 cm Wasser) beide Recurrentes gereizt, so wurden tiefe Singtöne producirt, die beinahe wie ein gesungenes a klangen, sowohl bei Druck als auch bei Einführung der Stromstärke erhöhte sich der Ton fast um eine Quint. Bei einseitiger Recurrensreizung trat nur Schwirren auf.

Wurden während des Blasens beide Recurrentes und im Anschluss daran die Nn. lar. sup. gereizt, so schloss sich an den Recurrenston ein um etwa eine Quart höherer Ton an.

Beim Anblasen und gleichzeitiger doppelseitiger Recurrensreizung treten die Aryknorpel übereinander. Die Stimmbänder schliessen nicht ganz und während des unvollkommenen Schlusses tritt die Tonbildung ein; andere Male treten die Stimmbänder aneinander und der Ton tritt merkbar später auf. Werden ausser den Recurrentes die Laryng. sup. gereizt, so spannen sich die Stimmbänder etwas in dorsoventraler Richtung.

Werden während des Blasens die Superiores allein gereizt, so wird ein sog. hoher pfeifender Ton („Miefen") erzeugt — vielleicht eine Analogie zum Falset.

Die so erhaltenen Resultate wurden am ausgeschnittenen Kehlkopfe controlirt. Er wurde an einem Stativ aufgehängt und angeblasen.

Bei einfachem Anblasen wurde kein Ton erzeugt, bei einem Druck von 15 bis 20 cm trat oft ein Schwirren auf, das aber von den Taschenbändern erzeugt wurde; wurde dabei der Kehlkopf durch Zug mit einem Häkchen längsgespannt, so trat „Miefen" auf; bei beiderseitigem Zusammendrücken des Kehlkopfes ein Ton wie bei Reizung beider Recurrentes. Bei gleichzeitiger Längsspannung und Zusammendrücken trat ein Ton auf wie bei Reizung der Lar. inf. und sup. Bei dieser Art der Tonerzeugung blähte sich jedesmal der Ventriculus Morgagni auf; er ist daher vielleicht ein Resonanzorgan.

E. Meyer fragt, ob die Ventrikelaufblähung auch am lebenden Hunde zu sehen ist; er hält nach seinen anatomischen Untersuchungen den Ventrikel nicht für ein Resonanzorgan.

B. Fränkel fragt, ob der Appendix aufgebläht wurde; er ist kein resonirendes Organ und Johannes Müller sprach auch nur von dem Ventrikel.

Kuttner: Da bei Reizung aller 4 Nerven die Spannung eine höhere sei, müsse der höhere Ton bei Reizung der Laryng. sup. allein seine Erklärung in anderen Schwingungsbedingungen finden, die eben durch den Superior hervorgerufen sein müssten.

Katzenstein: Nicht der Appendix bläht sich auf, sondern der Ventrikel. Beim lebenden Hunde glaubt er diese Aufblähung gefühlt (nicht gesehen) zu haben. Der Recurrenston ist ein Brustton, der bei gleichzeitiger Reizung der Superiores in die Höhe geht. Werden diese allein gereizt, so tritt eine Action der Cricothyreoidei ein, die Stimmbänder klaffen und es schwingt nur ein feiner Saum ihres freien Theils — es entsteht ein Falsetton.

E. Meyer demonstrirt eine breite mit anhaftendem Fleisch versehene Sehne, die er einem Patienten aus dem rechten Sinus piriformis entfernt hat und die Tags zuvor stecken geblieben war und neben Schluck- auch Athemstörungen hervorgerufen hatte, da sie den Kehlkopfeingang überlagerte. A. Rosenberg.

---

f) Deutsche laryngologische Gesellschaft.

I. Versammlung. Pfingsten 1905.

Unter dem Vorsitz von Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) erledigte die Gesellschaft nach Ueberwindung der Collisionsmöglichkeiten zwischen den bisher bestehenden Gesellschaften und der neugegründeten die definitive Gestaltung der Satzungen und der Geschäftsordnung. Die Gesellschaft wird alle zwei Jahre tagen und jedes Mal im Herbst, im Anschluss an die Naturforscherversammlung. Es traten ihr über 200 Mitglieder bei. Auch ausserdeutsche Laryngologen können Mitglieder werden.

Wissenschaftliche Vorträge.

I. B. Fränkel (Berlin): Die Zukunft der Laryngologie.

Die Laryngologie soll als Princip nicht mit der Otiatrie vereinigt werden. (Ausführlich veröffentlicht im Internationalen Centralblatt 1905.)

II. Barth (Leipzig): Petition an das sächsische Kultusministerium.

B. bespricht die ihm nothwendig erscheinenden Maassregeln, um zu verhüten, dass die laryngologischen Kliniken der Universität nicht an ihrem Unter-

richtsmaterial durch Abgabe der Patienten an die Tuberculose-Pflegestätten geschädigt würden.

Discussion: Koch (Schöneberg) vertheidigt die laryngologische Thätigkeit der Lungenheilstätten.

Die Beschlussfassung über die Petition wird der nächsten Versammlung vorbehalten.

III. Th. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie.

Vorstellung von Patienten, die nach Totalexstirpation des Kehlkopfes in Folge Krebses oder schwerer Tuberculose geheilt geblieben sind. Besprechung und Demonstration der speciell vom Vortragenden ausgebildeten Operationsmethoden.

IV. Hermann Gutzmann (Berlin): Sprachphysiologische Bemerkungen zu Gluck's Vortrag.

Um das störende Athemgeräusch der Canüle an der Luftröhre zu vermeiden, soll die Lungenathmung bei Sprechversuchen ausgeschaltet werden und zuerst nur die Rachenluft dazu benutzt werden. Uebungen im Luftverschlucken und die Verwendung derselben bei der Pseudostimme. Trennung der altgewohnten Coordination zwischen Athmung und Articulation.

V. Gerber (Königsberg): Encephalitis et otitis grippalis acuta.

Multiple Hirnnervenlähmung nach einer Influenza, totale Lähmung der rechten Gesichtshälfte, Recurrensparese rechts, Aufhebung des Geschmacks an der rechten Zungenspitze mit fibrillärem Zittern und Atrophie des Kopfnickers, Schwindel. Keine periphere, sondern encephalitische Erkrankung.

VI. Hermann Gutzmann (Berlin): Ueber die spastischen Stimmstörungen und ihre Behandlung.

Verwandtschaft der Aphonia spastica mit dem Stottern beweisen die Erscheinung der Athmungsstörungen, welche mit dem Gürtelpneumographen untersucht werden sollten. Betheiligung des Zwerchfellspasmus bei der Ausathmung, den G. niemals vermisst hat. Die Exspiration verläuft vorläufig unruhig und ist durch Inspirationsbewegung unterbrochen. Die Inspiration geschieht mit perverser Action der Stimmlippen. Behandlung mit Athmungscorrectur. Einübung der Stimme vom Hauchen zum Flüstern, vom Flüstern zur lauten Stimme mit allmähligem leisen Vocaleinsatz. Die Ursache der Aphonia spastica ist im falschen Gebrauch der Berufsstimme zu suchen.

VII. A. Kuttner (Berlin): Ist die Kehlkopftuberculose als Indication für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen?

(Ausführliche Publikation: Berl. klin. Wochenschr. 1905. No. 29 u. 30.)

Diffuse Larynxtuberculose während der Schwangerschaft giebt eine schlechte Prognose für Mutter und Kind, von 100 Frauen kamen nur 7 mit dem Leben davon, von 70 Kindern wurden nur 12 über 1 Jahr alt. Tuberculöse Larynxtumoren (Typus Avellis) geben eine gute Prognose. Die Anwendung der endolaryngealen Behandlung ist ohne Einfluss; mit der Tracheotomie ist nicht

zu lange zu zögern. Im Princip ist die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft gerechtfertigt, am besten in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, in der zweiten Hälfte sind nur ungünstige Resultate erzielt worden.

Dasselbe Thema wird auf der nächsten Versammlung noch einmal erörtert werden, zu der Kuttner und Löhnberg das Referat übertragen worden ist.

Avellis (Frankfurt a. M.).

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Anfangs October wurde die neuerbaute oto-laryngologische Klinik des städtischen Hospitals (Communehospital) zu Kopenhagen eröffnet. Die Klinik besteht aus sehr schön ausgestatteten und grossen poliklinischen Räumen, an welche sich eine stationäre Klinik mit Operationszimmer, Sterilisationsräumen etc. anschliesst.

Der Vorsteher dieser mustergiltigen Klinik, die erste ihrer Art in Kopenhagen, ist Professor Dr. Holger Mygind. E. S.

In Würzburg ist eine Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Halskranke errichtet und unser werther Mitarbeiter, Prof. Dr. Seifert, zum Vorstand derselben ernannt worden.

Am University College Hospital in London ist endlich die Stellung des Vorstandes der Abtheilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten einem Specialisten, unserem geschätzten Collegen, Dr. Herbert Tilley, übertragen worden. — Bisher wurde diese Stellung von den jüngeren Chirurgen des Hospitals in Rotation eingenommen. — Es sei bei dieser Gelegenheit erwähnt, dass am King's College Hospital in London Dr. St. Clair Thomson und am London Hospital die Herren Lambert Lack und Hunter Tod seit einiger Zeit die Halsdepartements leiten.

Unserem werthen Mitarbeiter, Dr. A. Kuttner (Berlin), ist das Prädikat als Professor verliehen worden.

Dem Collegen Dr. Tornwaldt in Danzig ist der Charakter als Geheimer Sanitätsrath verliehen worden.

Dem Herausgeber des Centralblatts ist der Stern der Comthure des englischen Victoriaordens verliehen worden.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

H.

I. J.

K.

L.

T.

Sach-Register.

A.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

S.

T.

U.

V.

W.

X.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.





